

**Instituto Politécnico de Beja**  
**Escola Superior de Educação de Beja**  
**Mestrado em Psicogerontologia Comunitária**

**Projeto de Intervenção**  
**A Qualidade de Vida de idosos Institucionalizados com a doença de**  
**Alzheimer**

**Alexandra Guerreiro Silvestre**

**Beja**

**2016**

**Instituto Politécnico de Beja**  
**Escola Superior de Educação de Beja**  
**Mestrado em Psicogerontologia Comunitária**

**Projeto de Intervenção**

**A Qualidade de Vida de idosos Institucionalizados com a doença de  
Alzheimer**

**Elaborado por:**

**Alexandra Guerreiro Silvestre, n.º4781**

**Orientado por: Doutor José Pereirinha Ramalho**

**Beja**

**2016**

## Resumo

Com o aumento da esperança média de vida e do número de idosos portadores da demência de Alzheimer, é importante avaliar a qualidade de vida que estes idosos têm quando se encontram institucionalizados. Uma vez que a estrutura institucional passa a ser o principal foco de intervenção com estes doentes. Esta doença tem por base uma perda progressiva das capacidades físicas, psíquicas e sociais destes doentes, sendo que é necessária uma intervenção adequada para que a mesma não progrida tão rapidamente.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo principal avaliar o nível de Qualidade de vida num conjunto de idosos institucionalizados com a doença de Alzheimer diagnosticada. Recorreu-se à aplicação de quatro instrumentos de recolha de dados, entre eles o Questionário Psicossocial; Escala de Qualidade de Vida *WHOQOL – Bref*; Escala de Qualidade de Vida *WHOQOL – OLD* e a Escala de *Barthel*.

Em relação à amostra, a mesma foi constituída por 15 elementos institucionalizados na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas “*Mansão de São José*”.

Os resultados obtidos no estudo mostraram que é necessária uma intervenção que vise a melhoria da qualidade de vida destes idosos, uma vez que se verificou a existência de um nível de qualidade de vida muito abaixo do esperado. Neste sentido, foi delineada uma proposta de projeto que tem como objetivo retardar os efeitos progressivos da doença e proporcionar uma melhor qualidade de vida e bem-estar social a estes idosos, dentro da instituição onde residem.

**Palavras-chave:** Envelhecimento Demográfico, Saúde Mental, Doença de Alzheimer, Qualidade de vida, Institucionalização

## Abstrat

With increasing life expectancy and the number of elderly people with Alzheimer's dementia, it is important to assess the quality of life that these people have when they are institutionalized. Once the institutional structure becomes the main focus of intervention in these patients. This disease is based on a progressive loss of physical, mental and social abilities of these patients, and appropriate intervention is necessary so that it does not progress as quickly.

Thus, this study aimed to evaluate the quality of life level in a set of institutionalized elderly with Alzheimer's disease diagnosed. Resorted to the application of four data collection instruments, including Psychosocial Questionnaire; Quality Scale WHOQOL Life - Bref; Quality of Life Scale WHOQOL - OLD and Barthel scale.

Regarding the sample, it was composed of 15 elements in institutionalized Residential Structure for Older People "Mansion of Saint Joseph."

The results of the study showed that it is necessary an intervention aimed at improving the quality of life of older people, since it was found the existence of a quality standard of living much lower than expected. In this regard, a project proposal was outlined that aims to slow the progressive effects of the disease and provide a better quality of life and social well-being of these elderly within the institution where they live.

**Keywords:** Aging Population, Mental Health, Alzheimer's, Quality of life, Institutionalization

# Índice

Resumo.....	3
Abstrat.....	4
Índice .....	5
Índice de Tabelas .....	7
Índice de Anexos .....	8
1 – Envelhecimento e Conceitos.....	13
1.1. O processo de Envelhecimento .....	13
1.2. Envelhecimento Biológico .....	14
1.3. Envelhecimento Psicológico .....	15
1.4. Envelhecimento social .....	17
1.5. Envelhecimento Demográfico.....	19
1.6. Envelhecimento Ativo e Bem-Sucedido.....	21
2. Saúde Mental e Dependência no Envelhecimento .....	26
2.1. Conceito de Saúde Mental .....	26
2.2. A Doença de Alzheimer .....	27
3 – Institucionalização, Qualidade de vida e Bem-Estar.....	30
3.1. Qualidade de vida e Bem-Estar.....	30
3.2. A institucionalização .....	33
Parte II – Estudo Empírico .....	36
4 – Metodologia .....	36
4.1. Problemática.....	37
4.2. Objetivos da Investigação .....	39
4.2.1. Objetivo Geral .....	39
4.2.2. Objetivos Específicos .....	39
4.3. Caraterização do meio.....	40
4.4. Caraterização da Instituição.....	41
4.5. Amostra e Participantes do estudo .....	42
5.2. Instrumentos de Recolha de dados .....	42
5.2.1. Questionário Psicossocial .....	43
5.2.2. Escala de Qualidade de Vida <i>WHOQOL – Bref</i> .....	43
5.2.3. Escala de Qualidade de Vida <i>WHOQOL – OLD</i> .....	44

5.2.4. Escala de <i>Barthel</i> .....	44
5.3. Procedimentos .....	45
6. Apresentação e análise dos resultados .....	47
6.1. Dados Sociodemográficos .....	47
6.1.1. Resultados do Questionário Psicossocial .....	47
6.1.1.1. Género .....	47
6.1.1.2. Idade .....	47
6.1.1.3. Estado Civil .....	48
6.2. Resultados da Análise da Qualidade de vida .....	55
6.2.1. Resultados das Escalas de Qualidade de Vida.....	55
7. Discussão dos Resultados .....	61
Parte III – Projeto de Intervenção .....	64
8- Proposta de Projeto de Intervenção .....	64
8.4. Atividades a Desenvolver .....	65
8.5. Calendarização das atividades.....	67
8.6. Avaliação.....	67
Síntese Conclusiva.....	68
Referências Bibliográficas.....	70

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – População residente no concelho de Beja.....	40
Tabela 2 - Género.....	47
Tabela 3 - Idade.....	47
Tabela 4 - Estado Civil.....	48
Tabela 5 – Nível de Escolaridade.....	49
Tabela 6 – Profissão exercida pelos idosos no passado.....	50
Tabela 7 – Local de Residência antes da Institucionalização.....	51
Tabela 8 – Regime de Institucionalização.....	52
Tabela 9 - Principal razão da Institucionalização.....	52
Tabela 10 – Iniciativa da Institucionalização.....	53
Tabela 11 – Recebe visitas na Instituição.....	54
Tabela 12 – Quem por norma visita os inquiridos.....	54
Tabela 13 – QHOQOL – OLD.....	55
Tabela 14 – QHOQOL –Bref.....	57
Tabela 15 – Índice de <i>Barthel</i> .....	59
Tabela 16 – Recursos necessários.....	65
Tabela 17 – Calendarização das atividades propostas.....	67

## **Índice de Anexos**

Anexo I – Whoqol – Old

Anexo II – whoqol – Bref

Anexo III - Índice de Barthel



## **Índice de Apêndices**

Apêndice I – Consentimento Informado

Apêndice II - Questionário Psicossocial

Apêndice III – Pedido de Autorização à instituição

## Introdução

O envelhecimento da população é um dos maiores êxitos da humanidade, sendo que é também um dos seus maiores desafios, devido às consequências sociais, económicas e políticas que acarreta. (Jacob, 2013)

De acordo com Fonseca (2014), *“o fenómeno do envelhecimento demográfico apresenta-se com ritmos de evolução variáveis consoante os países ou as regiões do mundo. (...) Para este aumento do envelhecimento demográfico tem contribuído o recuo acentuado da natalidade ao longo da última década”* (Fonseca, 2014:11). Neste sentido, o envelhecimento demográfico refere-se ao aumento do número de pessoas idosas com 65 anos ou mais no total da população. Este tipo de envelhecimento assenta na teoria da transição demográfica, na passagem de um modelo demográfico em que a mortalidade e a fecundidade assumiam valores elevados para um modelo em que ambos os movimentos assumem níveis baixos (Carvalho, 2013, citando Carrilho, 2007). O processo de envelhecimento não é apenas um processo demográfico, no qual muitas gerações chegam à terceira idade, é também um processo que assume vários aspetos biológicos, psicológicos e sociais (Osório, *et. al.*, 2007)

O processo de envelhecer pressupõe diversas alterações no indivíduo, nomeadamente a nível físico, psíquico e social. Estas alterações têm uma componente natural e gradativa. Ressalva-se que essas transformações gerais, podem se verificar numa idade mais precoce ou mais avançada e em maior ou menor grau, tendo em conta as características genéticas de qualquer indivíduo e, principalmente com o modo de vida de cada um (Zimerman, 2000).

O envelhecimento é um processo resultante da soma de vários processos de desenvolvimento que se entrelaçam entre si e é produzido a vários níveis, biológico, psicológico e social, desde o nascimento até à morte. Viver é mais importante desde que se consiga agregar qualidade e significado aos anos adicionais de vida (Silva, *et. al.*, 2006 citando Silva, 2011)

O envelhecimento acarreta uma prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, que são uma das principais causas de incapacidade e dependência nos idosos.

A doença de Alzheimer é uma demência que afeta o idoso e compromete a sua integridade física, mental e social, levando-o à dependência total na fase mais avançada. (Pinto, *et. al.*, 2009) A enfermidade Alzheimer, provoca, a morte dos neurónios e a diminuição da capacidade de síntese dos mediadores químicos. Esta perda ou disfunção das células cerebrais e da capacidade de transmitir a sua informação é tão insidiosa e lenta que no início pode passar despercebida (Selmes e Selmes, 2000).

Uma forma importante de melhorar a vida das pessoas com perturbações mentais é aquela que lhes oferece boas políticas, bons planos, bons programas que resultem em melhores serviços, bem como uma boa legislação, em que esta pode ser utilizada para garantir mais recursos para a saúde mental, melhorar os direitos e os padrões e condições de saúde mental de um país (OMS, 2005).

Para Carvalho (2013), a figura instituição, tornou-se, assim, no elemento referencial de uma política de intervenção social que se alavancava no paradigma assistencial. Por este motivo tornou-se numa resposta social para idosos que, sendo um mecanismo de grande extensão no sistema de proteção de idosos. A institucionalização, envolve diversos valores, responsabilidades, crenças, mas também necessidades. Por este facto existe uma preocupação redobrada por parte dos familiares destes idosos em mantê-los num local onde estes idosos possam ter um acompanhamento adequado à sua condição e que promova a melhoria da sua qualidade de vida.

A qualidade de vida é uma perceção eminentemente humana que envolve significados, que são influenciados por diversos fatores que não se limitam pelo tempo, condição socioeconómica, cultural e de saúde (Inouye, 2010) Segundo a OMS (2002), *“a qualidade de vida é vista como uma, “perceção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objetivos, expetativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afetado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo,*

*relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente.” (OMS, 2002, citado por Sousa, 2013:28)*

O presente estudo visa estudar o nível de qualidade de vida dos idosos institucionalizados portadores da doença de Alzheimer. Neste sentido ressalva-se a ideia de que a qualidade de vida tem uma influência direta no desempenho das funções diárias dos indivíduos não só ao nível da saúde.

Tendo em conta que os alvos do estudo já têm a doença de Alzheimer identificada, pretende-se com esta abordagem verificar concretamente qual o impacto da doença de Alzheimer relativamente ao bem-estar e à qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Relativamente à organização, este trabalho encontra-se dividido em três partes, sendo que a primeira diz respeito ao enquadramento teórico, que sintetiza o tema do envelhecimento, saúde mental, doenças de Alzheimer, institucionalização, qualidade de vida e bem-estar. Na segunda parte terá lugar o estudo empírico, que inclui a metodologia adotada, a delimitação da problemática, os objetivos, os participantes na ação, os instrumentos de recolha de dados, bem como a análise e discussão dos resultados.

Para finalizar, apresenta-se um projeto de intervenção, que engloba os seus objetivos, recursos e descrição das atividades propostas e método de avaliação das mesmas

## **Parte I – Enquadramento Teórico**

### **1 – Envelhecimento e Conceitos**

#### **1.1. O processo de Envelhecimento**

O fenómeno do envelhecimento é visto como uma referência às restritas modificações que ocorrem no corpo, a nível psicossocial. Ao longo dos anos, modifica-se a forma de pensar, de sentir e de agir dos seres humanos que passam por essa etapa do processo de viver. Neste sentido, é necessário considerar as várias dimensões do idoso, tais como a biológica, psicológica, social (...), para a aproximação de um conceito que o dignifique como um ser complexo (Martins, 2002, citado por Gomes, 2007). O relacionamento do idoso com o mundo caracteriza-se pelas dificuldades adaptativas, tanto emocionais quanto fisiológicas; a sua performance ocupacional e social, o pragmatismo, a dificuldade para a aceitação do novo, as alterações na escala de valores e a disposição geral para o relacionamento objetual (Ballone, 2000, citado por Teixeira, 2006).

A principal característica do envelhecimento é geralmente o declínio a nível físico, que leva a alterações sociais e psicológicas, sendo que esses declínios podem ser definidos como senescência (fenómeno fisiológico, arbitrariamente identificado pela idade cronológica, em que o declínio físico e mental é lento, sendo compensado pelo organismo) e senilidade (declínio físico associado à desorganização mental. Identifica-se como uma perda do funcionamento físico e cognitivo) (Mantovani, sd). A senescência, é o processo natural do envelhecimento, o qual compromete progressivamente aspetos físicos e cognitivos.

*“O organismo, visto como um instrumento de precisão, tenderá a apresentar falhas à medida que o respetivo tempo de utilização vai sendo*

*maior*” (Martins, 2012:17). É facto, que o organismo vai perdendo progressivamente, capacidade de se adaptar aos estímulos, de manter o equilíbrio em relação ao meio interno. Esta diminuição de homeostasia, originada pela deterioração dos mecanismos fisiológicos, vai motivar respostas mais lentas e menos eficazes aos vários estímulos, o que desencadeia maiores níveis de vulnerabilidade (Martins, 2012).

## **1.2. Envelhecimento Biológico**

A senescência, é um processo natural do envelhecimento, o qual compromete progressivamente aspetos físicos e cognitivos. A terceira idade tem início entre os 60 e os 65 anos (Canela, 2007).

*“O envelhecimento é um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modifica a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e com a sua própria história”* (Teixeira, 2006:1).

A idade biológica é definida pelas modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento humano, que pode ser compreendido como um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a existência humana. A partir dos 40 anos de idade, nota-se que a estatura do indivíduo diminui cerca de um centímetro por década, principalmente devido à diminuição da altura vertebral. A pele fica mais fina, menos elástica e com menos oleosidade. A visão declina, principalmente para objetos próximos. A audição diminui ao longo dos anos, porém normalmente não interfere no dia a dia. Com o envelhecimento, o peso e o volume do encéfalo diminuem por perda de neurónios, mas, apesar desta redução, as funções mentais permanecem preservadas até ao final da vida (Shcneider et Irigaray, 2008).

A idade biológica, está inteiramente ligada ao envelhecimento orgânico, em que cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de autorregulação torna-se também menos eficaz (Canela, 2007).

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade

avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio hemostático e todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar, ou seja, um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a situações de stress físico, emocional, etc., pode apresentar dificuldades em manter a sua homeostasia e, desta forma, manifestar sobrecarga funcional, a qual pode culminar em processos patológicos, uma vez que há o comprometimento aos sistemas endócrino, nervoso e imunológico (Pereira, *et. al.*, 2004).

O envelhecimento do ponto de vista fisiológico depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume na infância ou na adolescência. O organismo envelhece como um todo. Por outro lado, os seus órgãos, tecidos, células e estruturas sub-celulares têm envelhecimentos diferenciados (Canela, 2007).

### **1.3. Envelhecimento Psicológico**

A nível Psicológico, a terceira idade é considerada como uma etapa de vida capaz de provocar depressão, sensibilidade às doenças e regressão (Fontaine, 2000, citado por Silva, 2009). Nos indivíduos envelhecidos, a presença frequente de doença de natureza crónica, que acompanha o envelhecimento natural, contribui para um decréscimo eventual da capacidade funcional (Fonseca, 2009, citando Santos, *et. al.*, 2009). É facto que o desempenho a nível cognitivo pode ter um carácter inalterável em grande parte dos idosos, sendo que a funcionalidade intelectual independente da idade tem influência por determinadas situações de doença ou stress.

*“ (...) a ocorrência de doença provoca cada vez mais stress e mobiliza os recursos e as capacidades individuais de coping para a recuperação, podendo, secundariamente, implicar perda de poder económico, alteração das atividades de vida diária e das relações sociais e de conforto geral”* (Fonseca, 2014:154). A componente psicológica engloba as alterações cognitivas e os mecanismos de adaptação às alterações provindas do processo de envelhecimento.

Os idosos sofrem algumas alterações Psicológicas devido ao avanço da idade, há uma lentificação do pensamento e do tempo necessário para processar a informação, bem como um ligeiro enfraquecimento da memória mais recente e da capacidade de empreendimento, com uma maior prudência.

*“Felizmente, na maioria das vezes, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso (falta de prática), doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (falta de motivação, de confiança e baixas expectativas e fatores sociais (como a solidão e o isolamento), mais do que o envelhecimento em si”* (Schneider & Irigary, 2008, citando Who, 2005).

Embora a tristeza faça parte da vida e atinja as pessoas de vez em quando, a depressão tem uma duração maior. A depressão, é consequência das perturbações cognitivas, comportamentais e sociais provocadas pelo próprio processo de envelhecimento (Nunes e Menezes, 2014).

De acordo com Sequeira (2010), o envelhecimento psicológico, ocorre derivado a determinados fatores entre os quais, a dependência, a falta de autonomia, a necessidade de atenção e assistência por parte de terceiros, em que é influenciado pelos diversos fatores que integram a cultura e a vivência social de cada indivíduo. Este tipo de envelhecimento, relaciona-se com a capacidade que os indivíduos têm em se adaptar às tarefas do seu dia a dia, bem como com estados emocionais e a percepção subjetiva do seu envelhecimento em relação aos seus pares com a mesma idade (Idem).

Os aspetos psicológicos, nesta etapa da vida, são muitos e por vezes difíceis de lidar. A motivação é complicada de gerir, deixando em alguns casos de existir, sendo substituída por desilusão, em que a própria personalidade dos idosos se altera porque há um afastamento entre o ritmo e o estilo de vida passado e presente. Na terceira idade, é comum existir dificuldade de adaptação a novas situações, planear o futuro e a motivação para se viver regridem e deixam de acreditar num futuro, que lhes causa medo e vontade de não viver (Rodrigues, 2012).

*“A idade psicológica pode também ser definida pelos padrões de comportamento adquiridos e mantidos ao longo da vida e tem uma influência direta na forma como as pessoas envelhecem”* (Schneider & Irigary, 2008:591).



A idade psicológica está ligada à forma como os indivíduos se adaptam às exigências do meio, nomeadamente pelo uso de várias características psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, estratégias de coping, etc... (Schneider & Irigary, 2008).

#### **1.4. Envelhecimento social**

Os principais indicadores de envelhecimento social, incidem na perda progressiva de contactos sociais gratificantes; do poder de decisão; e dos papéis desempenhados na família e na sociedade (Faria, sd).

Na atualidade, o idoso sem autonomia é rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos. Por este facto, o idoso tende a isolar-se, assumindo uma posição de dependência. (Martins, sd) Vive-se numa sociedade de consumo na qual apenas o novo pode ser valorizado, caso contrário, não existe produção e acumulação de capital. Nesta realidade, o idoso passa a ser ultrapassado. (Shneider & Irigaray, 2008) *“Com a chegada da reforma, muitas vezes existe uma rutura com as relações sociais, ocorre também uma redução no vencimento mensal e ocorre uma diminuição de atividades alternativas ao ambiente de trabalho”* (Shneider & Irigaray, 2008:590). O idoso, é desvalorizado e marginalizado, pela sua diminuição de rendimento e pela perda de prestígio social, sendo considerado como “velho”, antes de o ser física e psicologicamente (Faria, sd).

O isolamento social, é outro fator que afeta o bem-estar do idoso levando-o a afastar-se da vida em sociedade. Muitos idosos, isolam-se do meio social, pelo afastamento do ambiente laboral, do local de residência e também pela morte de familiares e amigos (Santos e Vaz, 2008).

As concepções da velhice nada mais são do que resultado de uma construção temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios, que são atravessados por questões multifacetadas, multidireccionadas e contraditórias (Shneider & Irigaray, 2008). *“Perante o envelhecimento*

*progressivo da população, a sociedade civil e o Estado têm-se vindo a organizar e a criar condições para acolher um número crescente de idosos*” (Jacob, 2013:12). A terceira idade ao ser considerada como problema social, passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções consideradas suficientes. Neste sentido, as alterações no quadro da política social, como o aumento da procura, tiveram uma grande repercussão no alargamento da rede de instituições que alojam idosos, uma medida paralela às mudanças políticas em contexto social. Desta forma, emerge uma ação social que, na sua maior parte, é exercida por Instituições Particulares de Solidariedade Social e outras organizações privadas apoiadas financeiramente pelo Estado, mediante protocolos de cooperação (Martins, sd citando Neves, 1998).

*“A idade social, tem como definição a obtenção de hábitos e status social pelo individuo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expetativas em relação às pessoas da sua idade, na sua cultura, ou no seu grupo social”* (Shneider & Irigaray, 2008:590). A falta de ocupação e de atividades que impliquem responsabilidade, são fatores que levam o idoso a sentir-se desvalorizado e inútil diante de uma sociedade competitiva, que valoriza a produção, sendo que é extremamente necessário que existam atividades que promovam o desenvolvimento intelectual do idoso.

Os programas próprios para a terceira idade, permitem aos mais velhos construir relações positivas com pessoas da mesma faixa etária, fora do meio familiar, descobrir ou reencontrar papéis, participar numa rede de solidariedade e troca de afetos, permitindo assim uma melhoria na sua autoestima, de forma a reconstruir um projeto de vida, e criar um espaço para a sua existência (França, *et. al.*, 2010). A terceira idade é tida como uma experiência heterogénea e complexa, em que a idade de reforma para alguns séniores significa a rutura com a vida social, sendo que para outros permite o início de uma vida social rodeada de atividade e lazer (Shneider & Irigaray, 2008). Os idosos, na sua maioria tendem a evitar situações que possam alterar a sua rotina diária, com medo do desconhecido, mas quando rompem com a barreira da insegurança agarram as novas iniciativas e oportunidades que emergem.

## 1.5. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento é visto como uma questão de âmbito geográfico. Entre 1960 e 2001, este fenómeno demográfico, traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% da população jovem e um incremento de 140% da população idosa (Canela, 2007).

Entre 1960 e 2000, a percentagem de jovens (0-14 anos), apresentou uma redução de cerca de 37% para 30%. Por outro lado, a percentagem da população mundial com idade igual ou superior a 65 anos incide sobre uma inclinação crescente, aumentando, entre 1960 e 2000, o valor de 5,3% para 6,9% do total da população, e para 15,6% em 2050 (Carneiro, 2011).

Nos últimos dois séculos, a melhoria das condições sanitárias motivou a um crescimento populacional importante que teve início nas sociedades ocidentais e tem continuado à escala global. Uma das maiores marcas desse mesmo progresso é o aumento da esperança média de vida, que teve uma consequência direta da diminuição substancial da mortalidade infantil e juvenil (Paúl e Ribeiro, 2012).

*“As melhorias das condições de vida, de bem-estar, bem como das condições de saúde, médicas e assistenciais refletem-se na diminuição da mortalidade e, conseqüentemente, no alongamento da esperança de vida”* (Bandeira, et. al., 2014:38). O aumento gradual da esperança média de vida, bem como o progressivo ajustamento das idades de reforma historicamente mais antecipadas, a passagem gradual da população em idade ativa para o grupo dos inativos pensionistas, entre outros, são efetivamente fatores do alargamento do topo da pirâmide (envelhecimento no topo da pirâmide), e em termos estruturais, da progressiva inversão da própria pirâmide etária (Paúl e Ribeiro 2012). *“As mudanças demográficas e sociais, tais como as significativas melhorias do estado de saúde das populações e o conseqüente aumento da longevidade humana, criaram novas realidades e, frequentemente, muito distintas para homens e mulheres”* (Fonseca, 2014:10).

É notório que existe uma relação direta com a diminuição da mortalidade e a melhoria das condições de vida das famílias, uma vez que proporciona um maior acesso a bens e serviços que permitem o aumento da esperança média de vida da população em geral.

O envelhecimento demográfico pode ser definido como momento em que a porção de população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população ou da população em idade ativa, ou de ambas. Enquanto abordagem de âmbito teórico, o envelhecimento demográfico, tem assente na passagem de um modelo em que ambos os movimentos assumem níveis baixos, sendo que se refere ao aumento do número de pessoas idosas com mais de 65 e mais anos no total da população (Carrilho, 2007, citado por Carvalho, 2013).

O envelhecimento demográfico, é visto como um fenómeno coletivo, de possível natureza cíclica e que não é totalmente irreversível. (Serafim, sd) De acordo com Rosa (1993), o envelhecimento demográfico da sociedade não é, tal como o envelhecimento biológico um processo inevitável (Rosa, 1993).

Como refere Fonseca (2014), o envelhecimento demográfico é determinado pela redução da mortalidade em todas as idades e consequentemente aumento de esperança média de vida, mas também pela redução da natalidade que representa uma diminuição sucessiva de nascimentos e do número de jovens na base da pirâmide.

O crescente envelhecimento demográfico desigual, a progressiva diminuição do peso das gerações mais jovens a favor das mais velhas. O início dessa mesma mudança, coincide no geral, com a descida da natalidade, esta que substitui gerações mais plenas por gerações mais vazias, provoca a redução da base masculina e feminina na pirâmide e o consequente alargamento das gerações mais velhas no topo (Bandeira, et. al., 2012).

*“Para além do envelhecimento na base, provocado pela baixa natalidade e do envelhecimento no topo, devido principalmente ao aumento da esperança média de vida a partir dos 60 anos (...)”* (Bandeira, et. al., 2012:6). Os desequilíbrios estruturais entre gerações mais novas, gerações em idade ativa e gerações séniores tenderão a acentuar-se à medida que o aumento das probabilidades de sobrevivência beneficie principalmente as idades pró-ativas,

o que poderá conduzir a uma regularização da sobrevivência e a um envelhecimento no topo da pirâmide (Bandeira, *et. al.*, 2012).

*“O envelhecimento demográfico corresponde, assim como um rejuvenescimento demográfico, a um processo que se traduz por uma determinada evolução da estrutura etária da população”* (Rosa, 1993:685).

Para Carvalho (2013), o envelhecimento demográfico resulta de três fatores fundamentais, entre os quais: *“baixa da taxa de natalidade: nascem cada vez menos crianças; fluxos migratórios: em que saem os jovens à procura de melhores condições de vida, ficando os mais velhos para trás e, por outro lado, regressa a população idosa emigrada ao país de origem; aumento da esperança média de vida: quer à nascença, quer aos 65 anos de idade”* (Carvalho, 2013:85). Estas razões ocorreram de forma diferenciada, entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Em relação aos países desenvolvidos, foi necessário passar quase cem anos para que a taxa de natalidade atingisse valores baixos, sendo que o período após a Revolução Industrial, levou também a uma redução da mesma. Na década de 60 e 70 (nos países em desenvolvimento), a taxa de natalidade teve uma drástica diminuição, devido ao processo de urbanização e industrialização, que facilitou o acesso à educação, saúde e programas de planeamento familiar. Por outro lado, a mortalidade também diminuiu devido ao avanço das tecnologias, nomeadamente com a implementação das vacinas, medicamentos, equipamentos, entre outros (Serafim, sd). *“(…) a dinâmica do envelhecimento demográfico alcançou maior celeridade na base e no topo dos países desenvolvidos chegando, em certos casos, a situações de implosão demográfica ”* (Fonseca, 2014:10). Neste sentido, foi notório o crescimento das proporções de idosos e também se intensificou a diminuição das proporções de jovens face à queda gradual da natalidade (Fonseca, 2014).

## **1.6. Envelhecimento Ativo e Bem-Sucedido**

O envelhecimento ativo, segundo a OMS surgiu em 2012, como um novo conceito na sequência do envelhecimento saudável, que tem como

objetivo ser mais abrangente, para além da saúde, a aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional que explica os resultados do envelhecimento (Paúl e Ribeiro, 2011).

*“O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”* (Envelhecimento Ativo, 2005:13). Este envelhecimento permite que as pessoas percebam o seu bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que tenham uma participação ativa na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, sendo que ao mesmo tempo propícia proteção, segurança e cuidados adequados quando necessário. Desta forma, pode-se considerar que o envelhecimento ativo surge como um programa global de intervenção na sociedade, voltado para a mudança da condição do idoso, procurando responder aos problemas do aumento da longevidade. Este tipo de envelhecimento, tem como principal foco, reformular articulações entre o trabalho e a saúde, bem como a participação e a exclusão social (Cabral e Ferreira, sd).

De acordo com Carvalho (2013), o envelhecimento ativo é o reconhecimento da vantagem social dos idosos em se manterem integrados na sociedade, tendo como referência o conceito de qualidade de vida. Este conceito reflete uma outra visão do envelhecimento influenciado pelas perspetivas ambientais e ecológicas já anteriormente postas em prática de forma ritualizada pelos idosos rurais que não obedecem à cronologia para deixarem de manter uma vida ativa (Carvalho, 2013). Este tipo de envelhecimento, aplica-se tanto a indivíduos como a grupos populacionais, permite que as pessoas entendam o seu bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e inclui a participação ativa dos idosos nas questões relacionadas com a economia, cultura, espiritualidade, civismo e na definição das políticas sociais (Jacob, 2013). O envelhecimento ativo, permite a emancipação do idoso, na medida em que lhe permite ter uma vida em sociedade, participando ativamente em determinadas atividades projetos que o motivam a sair da sua zona de conforto. *“O desafio do envelhecimento ativo potencia novas formas de emancipar o individuo pela valorização das suas*

*capacidades, colocando-os em arenas sociais significativas, como o trabalho, o voluntariado, o ativismo ou a participação social” (Carvalho, 2013:10).*

Para Cabral e Ferreira (sd), os princípios do envelhecimento ativo têm sido usados, para justificar o adiamento da idade de reforma ditado pela sustentabilidade financeira da segurança social, em que a mesma obriga, no atual quadro das transferências intergeracionais e de baixa fecundidade, ao prolongamento das carreiras contributivas. “Para aqueles que se aproximam da reforma, o envelhecimento ativo significa o preparar de outra etapa da vida. São inúmeros os casos de pessoas reformadas que estabelecem excelentes objetivos de vida e ainda têm um papel importante na sua comunidade” (Jacob, 2013:17). Carvalho (2013) refere, que este tipo de envelhecimento tem como finalidade a defesa da autodeterminação dos indivíduos, no que respeita à autonomia, como à responsabilidade social e justiça social, instituições justas, qualidade de vida, vida digna, segurança e bem-estar.

Os programas e políticas de envelhecimento ativo, têm como propósito reconhecer a necessidade de incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal, ambientes amigáveis para os idosos e solidariedade entre gerações (Envelhecimento Ativo, 2005).

Por outro lado, o envelhecimento bem-sucedido, surgiu nos anos 90 do século XX. É um exemplo de uma visão relativa ao processo de envelhecimento, que pode introduzir um novo vocabulário associado à velhice e suscitar o interesse dos agentes sociais e políticos com vista à melhoria da vida dos idosos (Paúl e Ribeiro, 2012). O envelhecimento bem-sucedido, representa um processo contínuo, onde os sujeitos, decorrente das expectativas e interesses, podem participar e escolher o modo de vida a que podem aspirar, ainda que dentro das possibilidades que lhes são oferecidas e ou estão disponíveis na sociedade (Carvalho, 2013).

*“Entende-se por envelhecimento bem-sucedido aquele em que os indivíduos continuam a funcionar eficazmente, quer do ponto de vista físico, quer psíquico ou mental. Assim, abrangeria três vertentes fundamentais: baixo risco de doenças ou de incapacidades resultantes das mesmas; bom funcionamento físico e mental; empenhamento ativo na vida” (Rowe e Kahn, 1999, citados por Oliveira, 2012:55). O envelhecimento bem-sucedido representa um processo contínuo, em que os sujeitos tendo em conta as suas*

perspetivas e interesses, podem participar e escolher o modo de vida a que podem aspirar, tendo em conta as possibilidades que lhes são oferecidas e ou estão disponíveis na sociedade (Carvalho, 2013).

Existem três grandes categorias de influências ou de fatores determinantes para um envelhecimento mais ou menos bem-sucedido, que são: os fatores ligados ao grupo etário, os relacionados com o período histórico em que se vive e finalmente os fatores ligados à história pessoal ou aos acontecimentos autobiográficos, muito diversificados de indivíduo para indivíduo (Baltes 1987, citado por Oliveira, 2012). *Para promover uma cidadania ativa na população mais envelhecida, “é determinante considerar os seus principais direitos (independência, participação, assistência, autorregulação e dignidade), partindo do pressuposto que os presentes aspetos contribuem para a promoção da saúde mental”* (Saturninho, et. al., sd:7).

O envelhecimento bem-sucedido, pode ser alcançado por uma sequência de seleção, otimização e compensação (SOC). A etapa de seleção consiste no direcionamento efetivo do desenvolvimento, que inclui a escolha das estruturas disponíveis para a obtenção satisfatória de metas a alcançar, bem como a lidar com aqueles que, normalmente, acompanham o passar dos anos. A otimização, está relacionada com o processo de potencializar os meios selecionados para o percurso, envolvendo o uso de recursos internos e externos para que o resultado seja eficiente. Por outro lado, a compensação associa-se à otimização e caracteriza-se pela aquisição ou ativação de novos meios e aprendizagens para compensar o declínio que coloca em risco a funcionalidade efetiva (Baltes e Smith, 2003, citados por Teixeira e Neri, 2008). *“Os idosos que fazem uso da seleção, otimização e compensação estão entre os idosos que se sentem melhor e são mais atenuantes”* (Baltes e Smith, 2003, citados por Teixeira e Neri, 2008:799).

Nesta lógica, o envelhecimento bem-sucedido permite a implementação de estilos de vida adequados às idades, tendo em conta os limites de flexibilidade adaptativa, em que os idosos devem procurar ambientes propícios à sua vida para se manterem ativos na sociedade atual (Fonseca, 2005 citado por Mesquita, 2013). Assim sendo, considera-se que *“o envelhecimento bem-sucedido, resulta da capacidade de prevenção das doenças, da maximização das funções cognitivas, da participação e da integração nas redes de suporte*



*familiar e social, estando relacionado com a capacidade dos indivíduos e da sociedade se adaptarem ao processo dinâmico do envelhecimento” (Carvalho, 2013:9).*

A par do envelhecimento ativo e bem-sucedido, está a prática regular de atividade física, aliada a uma alimentação saudável e equilibrada.

Neste sentido, a prática de atividade física está intimamente ligada a um envelhecimento saudável, sendo que a origem de diversas patologias está na inatividade, sobretudo nas que estão associadas ao processo de envelhecimento (Paúl e Ribeiro, 2011). *“Numa meta- análise onde se incluíram 16 estudos realizados a indivíduos sem demência, concluíram que, a atividade física encontra-se inversamente associada ao risco de demência, a atividade física reduz o risco de demência de Alzheimer entre 28% e 45%, respetivamente”* (Kramar e Erickson, 2007 citados por Mesquita, 2013:30).

A atividade física tem uma elevada importância, na medida em que está comprovado que os diversos declínios funcionais decorrentes do aumento da idade são devidos a um estilo de vida sedentário e a uma dinâmica psicossocial diferenciada (Ponte e Cunha, 2013). Neste sentido, Paúl e Ribeiro (2013), consideram que a prática de atividade física, faz correspondência a um envelhecimento saudável, realçando como a inatividade a razão do surgimento de diversas patologias, sobretudo as que são associadas ao processo de envelhecimento. Para Kopiler (1997), as vantagens não se restringem apenas à parte orgânica, ocorrem também efeitos positivos psicológicos como o aumento da autoestima, da confiança e permite uma maior interação dos seniores ativos na sociedade onde se inserem, Quando se fala em benefícios do exercício físico, ressalva-se a ideia que uma prática sistemática, controlada e adaptada ao estado de saúde e condição física de cada um, não subcarregando excessivamente o sistema locomotor e cardiovascular de cada idoso (Paúl e Ribeiro, 2013). De acordo com Nunes e Menezes 2013), um dos aspetos fundamentais para a manutenção de um estilo de vida bem-sucedido é o cumprimento de um programa adequado de exercício no idoso, sendo que este facto significa quase sempre a obtenção de benefícios físicos e psicológicos, proporciona uma melhor integração social, permitindo atingir um dos objetivos mais importantes que é a independência dos idosos.

## 2. Saúde Mental e Dependência no Envelhecimento

### 2.1. Conceito de Saúde Mental

Em meados do século XIX, surgiram novos padrões de normalidade no âmbito da medicina geral e mental, mas também no âmbito das ciências humanas (sociologia e psicologia). Desta forma, existia a necessidade de uma intervenção sobre o indivíduo humano, sobre o seu corpo e sobre a sua mente, não apenas sobre o ambiente físico, para com isso normalizá-lo. (Peres, et. al., 1999) Todos os anos milhões de pessoas são afetadas por perturbações mentais. Segundo, uma estimativa da OMS, cerca de 500 milhões de pessoas poderá vir a sofrer de perturbação mental ou anomalia psíquica (Matos, 2013).

Nos últimos anos, novas informações dos campos da neurociência e da medicina do comportamento trouxeram expressivos avanços à melhoria do funcionamento mental. Está a tornar-se cada vez mais claro que o funcionamento mental tem um substantivo fisiológico e está indissociavelmente ligado ao funcionamento físico e social e aos ganhos em saúde (Relatório Mundial de Saúde, 2001). Na atualidade, a saúde mental tem um elevado impacto na nossa sociedade, e implica bastante sofrimento a nível pessoal, incapacidade individual, famílias destruídas e um decréscimo na produtividade da pessoa, assim, a saúde mental determina-se com base em fatores e experiências individuais, em interações sociais, em estruturas e recursos da sociedade e valores culturais. Estes fatores, podem favorecer ou ameaçar o estado de saúde de uma pessoa ou de uma sociedade (Amaro, 2005 citado por Esteves, 2011). As perturbações a nível mental, têm a sua base no cérebro. Estas mesmas perturbações, afetam pessoas de todas as idades, em todos os países, e são causadoras de sofrimento a famílias, comunidades e indivíduos. Tendo em conta este conhecimento, os doentes mentais e comportamentais têm na atualidade uma nova esperança de levar vidas plenas e produtivas nas respetivas comunidades (Relatório Mundial de Saúde, 2001).

De acordo com a OMS, saúde mental *“é o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em*

*que se insere*” (CCE, 2005:4). A saúde mental depende tanto de fatores pessoais como ambientais e pode ser promovida através de programas adequados, da melhoria das condições sociais e da prevenção do stress e outros fatores de risco, e da luta contra o estigma. Para promover a saúde mental, é necessário que existam planos adequados que permitam a mudança de comportamentos que sejam considerados de risco e que sejam uma causa eminente de perturbação mental no futuro. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa (Relatório Mundial de Saúde, 2001)

A questão da saúde mental, no caso Português, representa uma das lacunas no acesso aos cuidados de saúde, pois, o estigma, a falta de recursos estruturais, a pouca importância atribuída pela política, o baixo orçamento, a má organização dos serviços de psiquiatria, dificultam o acesso a cuidados médicos no que respeita à depressão e outras patologias agregadas à saúde mental. Este facto, faz com que exista uma lacuna entre o número de pessoas que têm a necessidade de tratamento e as pessoas que o recebem (Direção Geral de Saúde, 2013). De acordo com Plano Nacional de Saúde Mental (2008), a análise da saúde mental em Portugal mostra alguns aspetos positivos na evolução das últimas décadas. Portugal, foi um dos primeiros países europeus a adotar uma lei nacional (1963), a qual permitiu a criação de centros de saúde mental em todos os distritos, bem como o aparecimento de movimentos importantes como os da psiquiatria social e da ligação aos cuidados de saúde primários.

Uma forma importante de melhorar a vida das pessoas com perturbações mentais é aquela que lhes oferece boas políticas, bons planos, bons programas que resultem em melhores serviços, bem como uma boa legislação, em que esta pode ser utilizada para garantir mais recursos para a saúde mental, melhorar os direitos e os padrões e condições de saúde mental de um país (OMS, 2005).

## **2.2. A Doença de Alzheimer**

A doença de Alzheimer, foi descrita pela primeira vez em 1907 por Alois Alzheimer, este que considerava então como característica desta doença duas lesões, ou seja, a placa senil e a degenerência neurofibrilar (Touchon e Portet, 2002). Muito antes do nome de Alois Alzheimer ter sido ligado à afeção, a comunidade médica já estava ciente do problema da demência. A denominação “Doença de Alzheimer” foi empregue pela primeira vez há cerca de 100 anos, sendo que embora esse acontecimento tenha originado uma breve onda de interesse, somente em meados da década de 1970 é que a doença foi reconhecida como tal, em vez de ser considerada apenas uma característica aliada à velhice (Ingram, 2014).

Esta demência constitui mais de 60% de todas as demências, calculando-se, que afeta cerca de 3% da população dos 65 aos 69 anos e subindo até aos 30% dos 85 aos 89 anos (Fonseca, 2014).

A enfermidade Alzheimer, provoca, a morte dos neurónios e a diminuição da capacidade de síntese dos mediadores químicos. Esta perda ou disfunção das células cerebrais e da capacidade de transmitir a sua informação é tão insidiosa e lenta que no início pode passar despercebida (Selmes e Selmes, 2000). Esta afeção ligada à idade, advém de uma perturbação neurodegenerativa, que resulta de uma lesão irreversível e progressiva do sistema nervoso central, evoluindo num período de vários anos. Na sua fase inicial, manifesta-se por perdas de memória e confusão. Estes sintomas conduzem pouco a pouco a mudanças de personalidade, a perturbações cognitivas que afetam a memória, a tomada de decisão e a linguagem, as perturbações motoras, psicológicas e comportamentais, afetando todo o funcionamento do sujeito (Phaneuf, 2010).

Neste sentido, esta doença *“embora ocorra, sobretudo, em idades próximas dos 80 anos, aparecer na 6ª década de vida, ou ainda mais cedo, afetando ambos os géneros, qualquer que seja a posição social, económica ou religiosa”* (APFADA, 2003:5) A DA, é a mais frequente das doenças degenerativas, sendo que remete para uma alteração global e persistente do funcionamento cognitivo, suficientemente grave para ter repercussões na vida profissional, social e familiar do indivíduo (Touchon e Portet, 2002). As pessoas com demência ficam na sua totalidade dependentes de outra pessoa, na

realização de determinadas atividades, no geral quem assume essa posição são os familiares mais próximos. A situação mais difícil de um cuidador, é se este sofrer da demência de Alzheimer, na medida em que esta doença priva o idoso da memória, capacidade de raciocínio, personalidade, autonomia e dependência (Pera, 2012). Esta doença afeta o seio familiar diretamente, uma vez que estes vão assistindo à deterioração cognitiva, emocional e física do familiar doente.

No que diz respeito ao diagnóstico da doença, este só pode ser feito se forem observados no cérebro placas senis e lesões de degenerência neurofibrilar em quantidade normalmente elevada. Estas duas lesões que são características da doença, só podem ser observadas através de meios não evasivos, nomeadamente através de biopsias realizadas durante a vida do paciente (Touch e Portet, 2002). O início da doença é marcado por perturbações da memória dos acontecimentos recentes, afetando sobretudo a memória episódica. Em seguida aparecem a falta de palavra adequada, perturbações da atenção e uma diminuição da memória em relação ao trabalho.

Nesta fase, notam-se perturbações psicocomportamentais com desinteresse, apatia, irritabilidade, etc. Posteriormente constitui-se uma síndrome afaso-agnósica característica, continuando, no entanto as perturbações da memória a ocupar o quadro clínico do doente (Fonseca, 2014). Para ser feito um diagnóstico preciso da doença, é necessário uma anamnese exata, um exame somático geral e, também, um exame neurológico e psiquiátrico, assim como alguns exames complementares para fazer um diagnóstico diferencial (Touch e Portet, 2002). A primeira fase do diagnóstico deve englobar a avaliação das alterações da memória, nomeadamente, as de curto prazo. Na avaliação neurocognitiva, os médicos podem confirmar ou eliminar a suspeita da doença usando o MMSE, em que a pontuação obtida pelos 30 itens permite estabelecer fases clínicas da doença, em grau ligeiro, moderado e grave (Fonseca, 2014). *“É indispensável a realização de um exame físico e neurológico rigoroso (...). Assim deve, recorrer-se a exames laboratoriais que, de forma crucial, detetam outras causas de demência (como por exemplo: hemograma, velocidade de sedimentação, eletrólitos. Doseamento de glicose e cálcio, função tiroideia e exame sumário de urina) ”* (Ames e tal., 2010, citado por Fonseca, 2014: 100-101).

De acordo com Oliveira, *et al.*, (2005), a primeira das abordagens à DA relaciona-se com as medidas psicossociais, que têm como finalidade avaliar as atividades de vida diária, promovendo assim recursos para a auto-manutenção física, higiene, atos de vestir, comer, tomar banho, arrumar a casa e se locomover. *“São possíveis outras abordagens terapêuticas que procurem chegar aos mesmos objetivos finais, ou seja, reforçar o eu demencial e permitir ao indivíduo um jogo relacional não traumatizante, tal como, a ergoterapia, psicoterapias de grupo, técnicas de relaxamento, musicoterapia, etc”* (Touch e Portet, 2002: 152). Estas técnicas são adequadas ao doente no início da doença e permitem diminuir de uma forma significativa a ansiedade e reforçar o narcisismo da imagem corporal.

### **3 – Institucionalização, Qualidade de vida e Bem-Estar**

#### **3.1. Qualidade de vida e Bem-Estar**

O aumento da esperança média de vida ameaça inverter a pirâmide etária de muitos países, entre os quais Portugal. Mas esta conquista não trás apenas problemas demográficos, é urgente encontrar soluções que permitam garantir uma boa qualidade de vida aos idosos para que possam aproveitar melhor os anos de vida conquistados (Smoliner *et. al.*, 2009 citado por Frade *et. al.*, 2015:2).

Smith (2001) citado por Figueiredo *et. al.*, (2003:2), considera que o conceito de bem-estar evoluiu a partir de meados do século XX atendendo mais às necessidades mais pessoais dos indivíduos, tais como a segurança, dignidade, oportunidades, ou até mesmo um conceito tão simples, como o da alegria. Torna-se assim imperativo garantir que as pessoas possam gozar a vida.

Os primeiros estudos sobre qualidade de vida procuraram identificar os domínios mais preponderantes na concretização uma vida satisfatória. Campbell *et. al.*, (1976) citado por Nunes da Silva (2009:30-31) identificaram os seguintes itens: comunidade, educação, vida familiar, amigos, saúde, habitação, casamento, nação, vizinhança, *self* (eu), padrão de vida e trabalho.

A principal conclusão deste estudo, principalmente em comparação com outros, é que a saúde está na base de uma boa qualidade de vida, sendo por isso imprescindível.

Alguns estudos, tais como o de Santos *et. al.*, (2002) aqui citado por Carneiro (2011:3), mostram que a qualidade de vida do idoso está muito dependente dos seguintes itens: capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde. Um misto de necessidades que abrangem o mental, o físico e o social e que garantem bem-estar ao idoso. A autora cita a Organização Mundial de Saúde, nomeadamente o Grupo de Qualidade de Vida, através de Fleck *et al* (2000) que define a qualidade de vida como, “(...) a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck *et. al.*, 2000 citado por Carneiro 2011:3).

O que significa que a qualidade de vida não pode ser apenas medida por indicadores económicos ou sociodemográficos (indicadores objetivos), o bem-estar do indivíduo, originado por indicadores subjetivos (mais pessoais) acabam por ter mais influência do que os objetivos, apesar de estes também terem a sua influência na satisfação pessoal do indivíduo, no entanto, garantida esta satisfação, a qualidade de vida aumenta exponencialmente.

O bem-estar subjetivo tem que ver com a avaliação que a pessoa faz da sua vida e de que modo distancia-se dos objetivos que traçou ao longo da mesma. É composto por componentes afetivas e cognitivas, o que significa que: “(...) a dimensão subjetiva da qualidade de vida, também chamada de bem-estar subjetivo, manifesta-se por meio da satisfação com a vida e de respostas emocionais” (Diener *et. al.*, 1999 citado por Carneiro, 2011:4).

Portanto o bem-estar subjetivo pode estar associado a um envelhecimento mais saudável, tanto a nível mental, físico e social, tal como sugere o estudo de Guedes *et. al.*, (2005) citado por Carneiro (2011:4-5).

O mesmo autor do estudo citado anteriormente afirma no entanto que estes fatores estão sujeitos a fatores que podem interferir negativamente no bem-estar subjetivo do indivíduo. Devido ao processo de senescência, o corpo e a mente são vítimas de debilitação natural, e são muitos os idosos que se tornam

dependentes de alguns (ou muitos) bens e serviços essenciais à sua sobrevivência mas que podem interferir no seu bem-estar.

Baltes & Silvenberg (1995) citado por Figueiredo *et. al.*, (2003:3) descrevem três tipos de dependência:

Estruturada: Tem que ver com a participação e contribuição do indivíduo para a sociedade, nomeadamente através do emprego. A perda de emprego e a entrada na reforma são propensas na criação de problemas de saúde mental e dependências;

Física: Problemas físicos que afetem o normal funcionamento do indivíduo no seu dia-a-dia;

Comportamental: Muitas vezes antecederida pela física. É uma dependência quase que induzida pela sociedade que espera que a pessoa, devido à idade, erre, e não consiga ser autónoma.

Segundo Victor *et. al.*, (2000) citado por Figueiredo *et. al.*, (2003:2) a qualidade de vida abrange diversos aspetos da vida, como a autoestima, a socialização, a autonomia, e a saúde mental. Já Levy e Anderson (1980) citado por Nunes da Silva (2009:29), definem, de forma mais abrangente, qualidade de vida como uma composição de bem-estar físico, social e mental, assim como uma boa perspetiva do indivíduo acerca da sua vida (satisfação e recompensa). Todos estes elementos contribuem para a criação de um bem-estar da pessoa.

As teorias de envelhecimento bem-sucedido vêm a pessoas como alguém ativo e com iniciativa, capaz de regular a sua vida e de traçar objetivos os quais almeja alcançar. Assim sendo,“(...) um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento” (Figueiredo *et. al.*, 2003:2). Paúl (2005) citado por Nunes da Silva (2009) considera que a qualidade de vida na velhice atinge-se se forem garantidos: “(...) serviços sociais e de saúde, características comportamentais e pessoais, meio físico, características sociais e económicas” (Paúl (2005) citado por Nunes da Silva (2009:33). Portanto, a qualidade de vida depende muito do contexto em que a pessoa vive e das vivências que esta experienciou.

Neri (2001), Goldstein (1995) e Yassuda *et al* (2005) citado por Carneiro (2003:5) acreditam que um indivíduo com baixa autoestima poderá ter maiores



dificuldades em atingir bem-estar e qualidade de vida. Neste aspeto, os idosos estão altamente vulneráveis por estarem sujeitos a estereótipos negativos acerca da velhice. O ideal seria consciencializar as pessoas para os efeitos negativos que essas ações têm sobre os mais velhos e garantir que o idoso tem uma rede de suporte social muito coesa para evitar a deterioração da saúde mental da pessoa.

De acordo com Almeida, *et. al.*, (2012), *“a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade, considera o seu padrão de conforto e bem-estar.”* (Almeida *et al.*, 2012, citando Minayo 2000:19)

A qualidade de vida tem uma influência direta no desempenho das funções diárias dos indivíduos não só ao nível da saúde. Esta é a base de um bem-estar físico, psíquico e social. Logo proporciona ao idoso uma maior capacidade de desempenho de diversas atividades que promovam o seu bem-estar e consecutivamente a autonomia.

Segundo a OMS (2002), *“a qualidade de vida é vista como uma, “perceção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objetivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afetado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente.”* (OMS, 2002, citado por Sousa, 2013:28)

Avaliar a qualidade de vida do idoso, implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores do bem-estar na velhice, nomeadamente, longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controlo cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, entre outros (Henriques, *et. al.*, 2002).

### **3.2. A institucionalização**

As instituições de Solidariedade Social (IPSS), surgiram em 1976 e até hoje são as instituições que mais disponibilizam serviços orientados para a população idosa, tutelada pelo Estado, disponíveis para todos (Silva, 2012).

Há algumas décadas atrás a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa era própria da família. Neste sentido, ocorreram alterações a nível social, ou seja famílias menos numerosas, integração da mulher no mercado de trabalho, o facto de se viver numa sociedade que privilegia a competição e o consumismo, levou a que alguns familiares transferissem a responsabilidade das pessoas idosas para o Estado ou para as Instituições de âmbito privado (Almeida, 2008). É a partir dos anos setenta que são criadas as *“instituições orientadas pelos princípios da prevenção da dependência e da integração das pessoas idosas na comunidade”*. Desta forma os idosos começam a integrar-se melhor na sociedade, pois ao ingressarem nestas instituições, são bem recebidos, adquirindo o devido apoio que necessitam. *“A institucionalização ocorre geralmente na sequência da incapacidade funcional, combinada com a ausência ou insuficiência de apoios sociais”* (Paúl, et, al., 1997:29). Atualmente, em Portugal, as instituições que alojam idosos, denominam-se de “lares” ou de “estruturas residenciais para pessoas idosas”. Para Neto e Real (2013), *“a institucionalização, é uma realidade cada vez mais presente na vida das pessoas idosas, tem sido um tema muito focado pela literacia científica, dadas as mudanças ocorridas neste domínio, desde há algumas décadas e a necessidade de se conhecerem os fatores associados, o seu impacto na vida das pessoas idosas, assim como de fomentar o conhecimento de práticas que promovam o bem-estar destas pessoas”* (Neto e Corte Real, 2013:3). Tendo em conta o que foi citado, estes autores referem que a maioria dos idosos institucionalizados mantém contacto com os seus familiares através de telefone, visitas regulares, mas em contrapartida muitos são abandonados e excluídos do seu meio familiar, o que potencializa a solidão. (Idem) Hoje em dia associa-se a procura de instituições de apoio a idosos com o interesse por parte dos familiares do idoso em institucionalizarem-no, de forma a não ficarem com cuidados e aproveitarem o que resta da sua reforma.

Existem alguns fatores que levam à institucionalização de um idoso, tais como, idade, diagnóstico, morar só, estado civil, situação mental, etnia,

ausência de suportes sociais e pobreza do tipo psicológico, solidão, más relações familiares, medo de morrer abandonado, sentimento de representar um “peso” para os outros, ou do tipo sociológico, falta de casa, falta de serviços médicos ao domicílio (Idem). De acordo com Carvalho (2013), a política institucional continua a investir na institucionalização do geronte como uma forma de resolver os problemas da família do idoso, do seu isolamento e do ostracismo a que o idoso possa estar social ou familiarmente sujeito. *“A instituição de acolhimento interpela-se como um ambiente de confiança que proporciona o estabelecimento de uma relação feliz com o mundo externo e interno, intervindo ativamente na vida dos idosos como um meio de uma grande capacidade de holding”* (Winnicott, 2002, citado por Mesquita, 2013: 41).

Neste sentido, o processo de institucionalização do idoso pode ser visto como sendo um ganho, pelo recurso à oferta paga de acompanhamento e de cuidados, nomeadamente em casos de doença prolongada que, em alguns casos, impõe limites sérios à sua funcionalidade e autonomia, sendo que em alguns casos a institucionalização acontece por vontade própria do idoso (Cardão, 2009 citado por Mesquita, 2013).

## Parte II – Estudo Empírico

### 4 – Metodologia

A presente investigação insere-se na área da Psicogerontologia, onde se pode estudar diversas alterações a nível cognitivo, bem como biológico, psicológico e social ao longo do envelhecimento.

Para a realização deste estudo, a investigadora considerou mais importante utilizar uma metodologia de âmbito qualitativo e quantitativo a partir de um modelo de investigação- ação.

A investigação- ação é *“um processo no qual os investigadores e os atores conjuntamente investigam sistematicamente um dado e põem questões com vista a solucionar um problema imediato vivido pelos atores e a enriquecer o saber cognitivo, o saber-fazer e o saber-ser, num quadro ético mutuamente aceite”* (Guerra, 2000 citando Monteiro, 1988:53). Este tipo de investigação consiste em recolher determinadas informações referentes a um problema identificado, tendo como objetivo agir sobre o mesmo para assim o melhorar ou resolver.

A primeira parte deste trabalho teve por base a metodologia qualitativa, que pode ser aplicada de acordo com o problema de pesquisa e é muito utilizada dentro de uma perspetiva exploratória, para definir uma problemática, gerar hipóteses, identificar variáveis importantes no contexto de um determinado problema. Foi elaborado um estudo exploratório que, *“tem como função alargar a perspetiva de análise, travar conhecimento com o pensamento de autores cujas investigações e reflexões podem inspirar as do investigador, revelar facetas do problema nas quais não teria certamente pensado por si próprio e, por fim, optar por uma problemática apropriada”* (Quivy e Campenhoudt, 2005:89). Este estudo de âmbito exploratório consistiu numa pesquisa e análise bibliográfica e documental, uma vez que foram dois grandes pontos de destaque para a elaboração deste trabalho, sendo que a pesquisa a nível bibliográfico expressa-se por conteúdos já elaborados anteriormente por outros autores, encontrando-se em livros e em artigos científicos (Raupp & Beuren, sd). A pesquisa documental, é vista como um método de recolha e

estudo de dados. Visa o contacto com fontes escritas ou não escritas e está minimamente relacionada com outras técnicas de investigação como é o caso da observação, dos inquéritos ou até mesmo das análises de conteúdo (Albarello, *et. al.*, 1995).

A segunda parte deste estudo, baseou-se num paradigma quantitativo, em que o mesmo, permite mensurar opiniões, sensações, hábitos e atitudes do universo (público-alvo), através de uma amostra que o representa de forma estatisticamente comprovada. Permite dimensionar mercados, definir share, converter o perfil sócio-demográfico, social e económico de uma população, entre outras possibilidades. Num estudo descritivo-correlacional, *“a principal finalidade é explorar relações entre variáveis, descrevendo-as, de forma a permitir determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno em estudo”* (Mesquita, 2013, citando Fortin, 2009:71). Neste sentido, tendo em conta a problemática encontrada, os objetivos propostos, o número de participantes na ação e os instrumentos de recolha de dados, bem como o tratamento dos mesmos foi passível de delinear uma proposta de projeto de investigação-ação que se poderá aplicar no futuro numa instituição com idosos institucionalizados com a doença de Alzheimer.

#### **4.1. Problemática**

De acordo com Fonseca (2014), o aumento da esperança média de vida, representa uma vantagem para as novas gerações que vão surgindo, mas por outro lado acarreta simultaneamente o aumento dos riscos de doença, incapacidade e dependência, que emergem elevados custos para os próprios familiares e sociedade (Fonseca, 2014).

Tendo em conta o panorama das demências que mais afetam a população mundial, foi pertinente desenvolver um estudo direcionado à doença de Alzheimer, uma vez que é um problema muito comum na nossa sociedade e que afeta cerca de 3% da população com idades entre os 65 até aos 69 anos e 30% dos idosos com idades compreendidas entre os 85 até aos 89 anos. A doença de Alzheimer, é uma doença que afeta diretamente o idoso a nível cognitivo, motor e sensorial, levando a uma deterioração lenta, do idoso portador da doença. Neste sentido, é necessário existir um diagnóstico precoce

para intervir de forma adequada sobre esta demência e adaptar estratégias que vão de encontro às necessidades destes doentes.

Por outro lado, a institucionalização surge como uma resposta às necessidades destes doentes, bem como dos seus familiares, que por razões de âmbito social e económico muitas vezes não conseguem dar o apoio que estes idosos precisam. *“A figura instituição tornou-se, assim um elemento referencial de uma política de intervenção social que se alavanca no paradigma assistencial”* (Carvalho, 2013:193). A instituição tem um importante papel na intervenção com estes idosos, uma vez que é através da mesma que se poderão desenvolver esforços que permitam ao idoso institucionalizado ter uma maior comodidade de forma a promover o seu bem-estar e qualidade de vida.

Torna-se então, importante tentar perceber todos os contornos desta doença e por sua vez, desencadear mecanismos e soluções que visem um maior bem-estar e qualidade de vida ao nível da institucionalização destas pessoas.

Assim sendo, nesta fase encontrou-se a pergunta de partida que será a base de toda a intervenção, em que esta *“consiste em procurar enunciar o projeto de investigação na forma de uma pergunta de partida, através da qual o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor”* (Quivy & Campenhoudt, 2005:35). Desta forma, a pergunta de partida tem como base a expressão da vontade do investigador em expor as suas ideias ou vontades.

Neste sentido, a pergunta de partida desta investigação é:  
*“Como promover a qualidade de vida de doentes de Alzheimer institucionalizados?”*

## **4.2. Objetivos da Investigação**

### **4.2.1. Objetivo Geral**

De acordo com Guerra (2000), *“os objetivos gerais descrevem grandes orientações para as ações e são coerentes com as finalidades do projeto, descrevendo as grandes linhas de trabalho a seguir e não são, geralmente, expressos em termos operacionais, pelo que não há possibilidade de saber se foram ou não atingidos (...). É frequente que os objetivos gerais explicitem as intenções para cada um dos tipos de atores definidos como grupo alvo do projeto”* (Guerra, 2002:163-164).

O objetivo geral desta intervenção é conhecer efetivamente o nível de qualidade de vida de idosos com a doença de Alzheimer que estejam institucionalizados.

### **4.2.2. Objetivos Específicos**

Em relação aos objetivos específicos, este são *“(...) objetivos que exprimem os resultados que se espera atingir e que detalham os objetivos gerais, funcionando como a sua operacionalização”* (Guerra, 2000:164).

Desta forma, com os objetivos específicos pretende-se ainda:

- Caraterizar a nível social e demográfico os idosos;
- Analisar o nível de qualidade de vida de idosos institucionalizados com Alzheimer;
- Encontrar estratégias que melhorem a qualidade de vida desses idosos;

### 4.3. Caraterização do meio

O distrito de Beja insere-se na NUT II, Alentejo e NUT III Baixo Alentejo. A cidade de Beja é tida como sendo a capital mais extensa do país, tendo na sua componente uma área de 1.146.5 km<sup>2</sup>, representando 11.5% da área continental portuguesa. Tem na sua componente 4 freguesias que integram, entre as quais: Salvador, Sta. Maria da Feira, Santiago Maria e S. João Batista. Esta cidade é a sede do concelho que tem o mesmo nome (Beja), que é um dos concelhos mais extensos do distrito (1140 km<sup>2</sup> que está limitado a norte pelos conselhos de Cuba e Vidigueira, a sul pelos conselhos de Mértola e Castro Verde, a oeste pelos conselhos de Aljustrel e Ferreira do Alentejo e a leste pelo conselho de Serpa. Tem na sua estrutura cerca de 35.939 habitantes (Pordata, 2016), sendo esta população caraterizada como envelhecida, tendo em conta o elevado número de idosos que residem neste distrito que excedem na sua maioria os 65 anos de idade (Argel, *et. al.*, sd).

Esta cidade apresenta contrastes térmicos, que atingem anualmente valores na ordem dos 14.º/15.º. Em relação ao nível de precipitação, este é mais persistente no inverno, sendo que nos meses de janeiro e fevereiro, ocorrem invariavelmente situações anticiclónicas, que determinam céu limpo e frio, podendo, em tais circunstâncias, as temperaturas mínimas diurnas atingir valores negativos entre -1.º a 3, o que provoca a formação de geada nos vales mais abrigados (Argel, *et. al.*, sd).

**Tabela I – População residente no concelho de Beja**

Local de residência	População residente					
Beja	Período de referência dos dados					
	2010			2015		
	Género					
	H	M	HM	H	M	HM
	17.443	18.497	35.939	16.691	17.681	34.372

Fonte: Pordata, 2016

Segundo a tabela acima mencionada, verifica-se que o número de habitantes da cidade de Beja tem vindo a diminuir nos últimos 5 anos. Tendo



diminuído em cerca de 1.567 habitantes do ano de 2010 para o ano de 2015. Pode-se constatar que o número de habitantes do sexo masculino diminuiu em cerca de 752 habitantes indo de encontro com o género feminino, que também decresceu a nível populacional em cerca de 816 habitantes.

Este facto poderá estar relacionado com a falta de oferta a nível laboral que a região carece, levando com que muitos habitantes saiam da região à procura de melhores condições de vida.

#### **4.4. Caraterização da Instituição**

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas intitulada de “*Mansão de São José*”, é instituição privada de Solidariedade Social (IPSS), nos termos do Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro. Foi fundada a 4 de junho de 1934, por disposição testamentária da D.<sup>a</sup> Camila Infante Maldonado Passanha Champalimoud, para a assistência à terceira idade, com sede na Rua de São Gregório, n.º 15 em Beja. Esse mesmo documento, contempla algumas exigências, nomeadamente a transformação da casa num albergue para acolher mulheres idosas carenciadas do concelho de Beja e Ferreira do Alentejo. Este denominado “*albergue*”, foi inaugurado com apenas 6 residentes que deram entrada no dia 10 de agosto de 1923.

Desde o ano de 1960, as estruturas integrantes da instituição têm sofrido alterações, bem como aumentos graduais, tanto nos espaços físicos como no número de colaboradores. Na atualidade a “Mansão de São José”, conta com cerca de 62 colaboradores entre as respostas sociais de Lar, Centro de Dia e de Apoio Domiciliário.

Tendo em conta o elevado número de utentes, foi necessário estabelecer um acordo de cooperação entre o centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Beja e a Mansão de São José, com o objetivo de receber mais apoios, para assim alargar a sua missão.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <http://mansaosaojose.blogspot.pt/>, acedido a 20/3/2016

#### **4.5. Amostra e Participantes do estudo**

Em relação à seleção da amostra, optou-se por escolher um grupo de idosos institucionalizados com a doença de Alzheimer diagnosticada há relativamente pouco tempo. Foi escolhida para este estudo, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas “*Mansão de São José*”, situada na cidade de Beja, por se tratar de uma Instituição de Solidariedade Social (IPSS), que para além da proximidade geográfica aloja diversas idosas com a demência de Alzheimer.

Tendo em conta este facto, a população idosa residente na “*Mansão de São José*”, representava o universo do estudo embora que para o mesmo ser possível foi selecionada uma amostra de 15 idosos ( $N=15$ ), em que todos eles pertencem ao sexo feminino, uma vez que a instituição só aloja mulheres.

Para esta análise ser possível, foi considerado o método de amostragem, não aleatória intencional por conveniência, sendo uma característica de inclusão o facto de o idoso deter características típicas ou representativas da população em estudo. Esta amostra, não foi então escolhida ao acaso, na medida em que foram estabelecidos critérios para seleccionar os idosos mais acessíveis para a realização do mesmo. Os idosos representantes da amostra, deveriam ter idade igual ou superior a 65 anos, terem a doença de Alzheimer diagnosticada numa fase inicial, de forma a serem capazes de responder coerentemente às questões colocadas.

#### **5.2. Instrumentos de Recolha de dados**

No que concerne à seleção de instrumentos a utilizar no estudo, foi considerado, que estes deveriam ser pertinentes para o estudo em questão e ter boas qualidades psicométricas e serem adequados às características dos idosos selecionados. Os instrumentos escolhidos são de aplicação simples e de linguagem pouco complexa para facilitar as respostas dos inquiridos, de

forma a obter a informação pretendida num reduzido espaço de tempo. Para caracterizar a amostra e para recolher os dados a nível social e demográfico dos idosos, foi elaborado um questionário.

De acordo com os objetivos do estudo foram aplicados, os seguintes instrumentos:

- ✓ Questionário Psicossocial;
- ✓ Escala de Qualidade de Vida *WHOQOL – Bref*;
- ✓ Escala de Qualidade de Vida *WHOQOL – OLD*;
- ✓ Escala de Barthel.

### **5.2.1. Questionário Psicossocial**

O questionário “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de um problema (...)” (Quivy & Campenhoudt, 2005:188). O questionário trata-se de um método quantitativo, uma vez que pretende caracterizar a população alvo e recolher informação relativa aos dados sociais e demográficos (idade, residência, estado civil, motivo da institucionalização, entre outros).

Este método foi aplicado por meio de administração direta, ou seja, o inquiridor é que o preenche tendo em conta as respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido, para assim ser mais fácil e rápido na obtenção das respostas pretendidas.

### **5.2.2. Escala de Qualidade de Vida *WHOQOL – Bref***

Este instrumento de avaliação adapta um conceito amplo, multidimensional e transcultural. Esta escala de análise, é composta por 26 itens, sendo que esta versão está abreviada em dois domínios que têm como

por base avaliar a percepção da qualidade de vida de um modo geral e a satisfação com a saúde, e quatro domínios a nível físico, psicológico, relações sociais e ambiente, cada domínio tem por base 24 facetas avaliadas por uma questão.

Existem três itens, que estão formulados de forma invertida e que devem ser invertidos tendo em conta a disposição dos resultados dos domínios num sentido positivo e a interpretação dos resultados feita de forma linear, em que os resultados mais elevados indicam uma melhor qualidade de vida (Canavarro, *et. al.*, 2005).

### **5.2.3. Escala de Qualidade de Vida *WHOQOL – OLD***

O teste de avaliação *WHOQOL-OLD*, é um inventário de avaliação da qualidade de vida utilizado especificamente com a população mais envelhecida. É um instrumento complementar, não substituto das medidas genéricas (*WHOQOL -100*, *WHOQOL-BREF* e ou *EUROHIS-QOL-8*). De acordo com estudos ao nível da adaptação, validação e normalização para a população portuguesa, esta escala integra mais 4 itens, os domínios família/vida familiar, em que avalia a satisfação com o tempo que o idoso passa com a família, bem como o apoio e as relações familiares e o sentido de valor do idoso, tendo um total de 28 itens, divididos em 7 facetas.

Os resultados obtidos têm por base sustentar a boa qualidade de medição efetuada pelos itens. Em relação à de interpretação dos dados, uma pontuação mais elevada corresponde a uma melhor qualidade de vida, quer a nível global, quer em termos de resultados nas diversas facetas (Vilar, *et. al.*, 2015).

### **5.2.4. Escala de *Barthel***

A escala de *Barthel*, é um instrumento de avaliação das atividades básicas de vida diária. Este instrumento de medida, tem por base avaliar as capacidades funcionais do indivíduo para a realização das atividades básicas da vida diária (AVD's), avaliando as tarefas que o idoso de facto executa. Esta

escala, constitui-se por 10 itens ou atividades de vida diária, sendo que todas as questões são de resposta fechada e encontram-se agrupadas nas dimensões de mobilidade e auto-cuidados.

O índice de *Barthel*, avalia o nível de independência para a realização de 10 atividades de vida diária, no âmbito da alimentação, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, e o descer e subir as escadas. Neste sentido, cada atividade apresenta 2 a 4 níveis de dependência, em que a cotação oscila entre 0 (zero) e um valor máximo que pode variar entre 5,10 ou 15 pontos, de acordo com os níveis de diferenciação. Desta forma, o valor mínimo representa uma dependência total do indivíduo numa determinada tarefa, em que por outro lado, o valor máximo indica independência total do indivíduo em realizar uma determinada tarefa, em que o valor máximo indica independência total do indivíduo. Em relação à cotação deste instrumento, a mesma varia entre os 0 e os 100 pontos, com intervalo de 5 pontos, em que o valor significa, uma dependência nos domínios indicados (Sequeira, 2010).

### **5.3. Procedimentos**

Antes de iniciar o processo de recolha de dados, foi pedido o consentimento à Direção da Instituição para a realização do estudo, tendo sido respondido de forma positiva, sendo que também foram solicitadas as devidas autorizações aos autores dos instrumentos, em que foram devidamente assinadas.

No que concerne à amostra, a mesma foi selecionada por conveniência, uma vez que foi necessário encontrar idosos com mais de 65 anos que estejam institucionalizados com a doença de Alzheimer diagnosticada numa fase inicial, em que para esta amostra ser possível foi feita uma redução da população residente no lar “Mansão de São José”, com base nos testemunhos e opiniões dos cuidadores que indicaram quais os utentes cujas capacidades físicas e psicológicas estariam aptos à aplicação dos instrumentos de recolha de dados. Na fase de recolha de informação, foram abordados os idosos residentes da instituição “Mansão de São José”, em que lhes foi explicado individualmente o propósito do estudo e solicitou-se a cada um deles a participação voluntária no

mesmo, sendo indicado que os dados recolhidos seriam tratados de forma confidencial e anónima.

A ordem de aplicação dos instrumentos foi sempre a mesma, primeiro iniciou-se a abordagem com a aplicação do questionário psicossocial, seguido do Vida *WHOQOL – Bref*, *WHOQOL – OLD* e *Escala de Barthel*. No fim da aplicação destes testes de avaliação, foi feito um agradecimento individual a cada participante na ação.

Em relação ao tempo de aplicação dos instrumentos, este variou de acordo com os temas e as questões colocadas, sendo que foram aplicados apenas num dia, em que dois instrumentos foram aplicados na parte da manhã e os restantes dois na parte da tarde, para não cansar os intervenientes. Tendo em conta o nível de subjetividade dos instrumentos escolhidos, os mesmos foram aplicados de forma oral, uma vez que a compreensão e o preenchimento dos mesmos causaram alguns constrangimentos aos inquiridos. A informação recolhida foi analisada através do software SPSS (*Statistical Package for the Social Science*).

Foi efetuada uma análise descritiva para traçar o perfil a nível social e demográfico dos intervenientes. Foi realizada uma análise descritiva através dos cálculos das médias, frequências e percentagens, que foram traduzidos em tabelas.

## 6. Apresentação e análise dos resultados

### 6.1. Dados Sociodemográficos

#### 6.1.1. Resultados do Questionário Psicossocial

##### 6.1.1.1. Género

**Tabela 2 – Género**

Género	Freq.	%
Feminino	15	100,0

A amostra do estudo é composta por 15 mulheres institucionalizadas na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas “*Mansão de São José*”, situada na cidade de Beja. Esta instituição só aloja mulheres, sendo que por esse facto que a amostra ser só constituída por esse género.

##### 6.1.1.2. Idade

**Tabela 3 – Idade**

Idade	Frequência	%
68-73	2	13,3
74-79	3	20,0
80-85	7	46,7
86 ou mais	3	20,0
Total	15	100,0

Em relação à idade, os dados recolhidos mostram que as idosas têm idades compreendidas entre os 68 e o 86 ou mais. É entre a faixa etária dos 80-85 anos que se encontram mais utentes (7), apenas 2 idosas têm entre 68-

73 anos e 3 entre 74-79 anos. Verifica-se que apenas 3 idosas inquiridas compreendem idades que variam a partir dos 86 anos. Este quadro revela que a doença de Alzheimer é transversal, uma vez que surge em diversas idades.

#### 6.1.1.3. Estado Civil

**Tabela 4 – Estado Civil**

Estado Civil	Frequência	%
Solteiro/a	1	6,7
Casado/a	2	13,3
União de Facto	1	6,7
Separado/a	3	20,0
Viúvo/a	8	53,3
Total	15	100,0

No que diz respeito ao estado civil das idosas alvo do estudo, verifica-se na tabela n.º4, que a grande maioria das inquiridas são viúvas (8) o que perfaz uma percentagem de 53%, sendo que mais de metade das idosas encontra-se a viver uma situação de luto. Apenas uma idosa se encontra solteira, ou seja nunca casou, e uma em união de facto, apesar de estar institucionalizada, ainda mantém um relacionamento. Em situação matrimonial encontram-se duas idosas, cerca de 13,3%, em que as mesmas referem que os seus companheiros encontram-se também institucionalizados em outras Estruturas Residenciais.



#### 6.1.1.4. Escolaridade

**Tabela 5** - Nível de Escolaridade

Escolaridade	Frequência	%
Analfabeto/a	3	20,0
Sabe ler/escrever	5	33,3
4.º Classe	4	26,7
6.º Classe	2	13,3
Ensino Industrial, Comercial	1	6,7
Total	15	100,0

Em relação ao nível de escolaridade das inquiridas, pode-se constatar de acordo com o quadro acima que, a maioria das idosas sabe ler e escrever, não lhes sendo atribuído nenhum nível de escolaridade, uma vez que nunca frequentaram a escola, aprenderam a ler através de familiares e amigos e gentilmente se disponibilizaram a ensinar-lhes, relação ao analfabetismo, nota-se que existe 3 idosas (20%), que se encontram nessa opção, uma vez que nunca tiveram contacto algum com a escola, nem com quem as pudesse auxiliar nessa questão.

No que concerne às habilitações literárias, verifica-se que 7 idosas frequentaram a escola e atingiram um grau de habilitação, em que 26,7% das inquiridas revelaram ter atingido a antiga 4ª classe, e 2 delas revelaram ter obtido a 6ª classe (13,3%), apenas uma idosa frequentou o ensino industrial, que na altura só era frequentado pelas classes mais altas da sociedade.

#### 6.1.1.5. Profissão

**Tabela 6** – Profissão exercida pelos idosos no passado

Profissão	Frequência	%
Doméstica	4	26,7
Trabalhador/a rural	6	40,0
Costureira	3	20,0
Outra	2	13,3
Total	15	100,0

Em relação à profissão que os idosos exerceram no passado, verifica-se na tabela acima citada que a maioria deles trabalhou no campo (6), num total de 40% da amostra. A profissão de doméstica também se encontra evidenciada, em que 4 idosas, ou seja, 26,7% indicaram que sempre se dedicaram à casa e ao seio familiar. A profissão de costureira apresenta 20% das respostas obtidas, em que por último 2 idosas referiram que se dedicaram a outras profissões, nomeadamente cozinheira e vigilante.

#### 6.1.1.6. Residência

**Tabela 7** – Local de Residência antes da Institucionalização

Residência	Freq.	%
Baleizão	1	6,7
Beringel	1	6,7
Cabeça Gorda	3	20,0
Nossa Senhora da Neves	1	6,7
Santiago Maior e São João Batista	1	6,7
Santa Maria e Salvador	1	6,7
Santa Clara do Louredo	1	6,7
São Matias	1	6,7
Trigaches e São Brissos	1	6,7
Pias	1	6,7
Vidigueira	1	6,7
Serpa	1	6,7
Mértola	1	6,7
Total	15	100,0

No que diz respeito ao local de residência das idosas antes da institucionalização, pode-se verificar de acordo com a tabela acima citada que a maioria das intervenientes na ação residiu na localidade da Cabeça Gorda (3), o que dá uma noção de 20% da amostra. Todas as outras respostas foram díspares, uma vez que as restantes inquiridas residiram em diferentes locais, não existindo mais nenhum ponto em comum. Este facto deve-se à falta de vagas institucionais em Lares dos concelhos de onde as idosas eram naturais, o que levou a Segurança Social a canalizá-las para entidades com maior número de vagas, mesmo sendo longe da sua zona de residência habitual.

#### 6.1.1.7. Regime de Institucionalização

**Tabela 8-** Regime de Institucionalização

Regime de Institucionalização		
	Frequência	%
Lar	15	100,0

Como se pode observar na tabela 8, todas as respostas indicaram que o regime institucional da amostra é de Lar, ou seja, todas as idosas residem na instituição e fazem todas as suas atividades na mesma. Obviamente que em alguns casos as idosas saem da instituição, nomeadamente no Natal, que é a época propícia a juntar a família e a maioria dessas idosas tem o privilégio de estar alguns dias fora da estrutura residencial para estar com os seus entes queridos. Este facto também remete para a ideia de que as famílias por motivos sociais e económicos optam pela instituição para que os seus familiares tenham uma melhor comodidade e conforto.

#### 6.1.1.8. Razão da Institucionalização

**Tabela 9 –** Principal razão da Institucionalização

Razão da Institucionalização	%	
	Frequência	
Doença	4	26,7
Isolamento	7	46,6
Incapacidade Física	3	20,0
Viuvez	1	6,7
Total	15	100,0

De acordo com a tabela acima exposta, pode-se constatar que a principal razão para a institucionalização destas idosas deveu-se ao isolamento, em que 7 num total de 46,6% indica que se entravam sozinhas e desamparadas e que a Segurança Social teve um importante contributo para as inserir nesta instituição e lhes dar um novo alento. A doença, por outro lado também foi uma das respostas predominantes, em que 4 das idosas indicaram que por questões relacionadas com a saúde a institucionalização foi a melhor opção para as mesmas, uma vez que lhes proporciona uma maior comodidade e cuidados de saúde adequados à sua condição física e psíquica. Neste sentido, 3 inquiridas (20%), indicaram que por questões a nível físico a sua entrada na instituição foi a melhor solução, pois encontram-se mais amparadas e não têm que efetuar esforços que condicionem a sua condição. A viuvez foi a resposta menos obtida em que apenas 6,7% da amostra (1), respondeu que a razão da sua institucionalização deveu-se à morte do seu companheiro.

#### 6.1.1.9. Iniciativa da Institucionalização

**Tabela 10** - Iniciativa da Institucionalização

Iniciativa da Institucionalização		%
	Frequência	
Própria	11	73,3
Familiares	3	20,0
Amigos/Vizinhos	1	6,7
Total	15	100,0

Como consta na tabela 10, a iniciativa principal da institucionalização foi das utentes, em que 73,3% da amostra indica que foi opção sua que reside no Lar. A família aparece como o segundo aspeto mais respondido, obtendo um total de 3 respostas, ou seja 20% da amostra e por último, apenas 1 idosa (6,7%), refere que os seus amigos e familiares é a incentivaram a viver numa instituição para sua maior segurança e comodidade.

#### 6.1.1.10. Vistas na Instituição

**Tabela 11** - Recebe Visitas na Instituição

Recebe Visitas		Frequência	%
Sim		12	80,0
Não		3	20,0
Total		15	

Como se pode observar, a maioria das idosas indica que recebe vistas, ou seja 80% o que leva a constatar que apesar do regime em que se encontram ainda consegue manter um elo de ligação saudável com os seus familiares e amigos o que lhes proporciona um maior bem-estar psicológico e social. Em contra partida 20% da amostra, 3 idosas relatam que quase nunca recebem quaisquer visitas porque os seus familiares vivem longe ou já faleceram, levando-as a sentir alguma mágoa por esse facto.

#### 6.1.1.11. Quem os visita

**Tabela 12** – Quem por norma visita os inquiridos

Quem por norma o/a visita		Frequência	%
Filho (s)		8	53,3
Neto (s)		1	6,7
Marido/Mulher		1	6,7
Vizinhos/amigos		5	33,3
Total		15	100,0

Como consta no quadro acima mencionado, a maioria das idosas 53,3%, num total de 8 revela que por norma recebe visitas dos seus filhos, o que revela que apesar da institucionalização estes idosos mantêm uma ligação de afeto com os seus filhos. Por outro lado, 33,% das idosas indica que as visitas que recebe ou recebeu estão ligadas a vizinhos e amigos que em alguns casos são considerados como a única família que têm. Apenas 1 idosa indica que o



seu marido é que a visita sempre que tem possibilidade e outra indica que uma neta que reside em Beja a visita regularmente.

## 6.2. Resultados da Análise da Qualidade de vida

### 6.2.1. Resultados das Escalas de Qualidade de Vida

**Tabela 13 - WHOQOL – OLD**

Estatísticas Descritivas						
	N	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio Padrão
Faceta Funcional Sensorial	15	4,00	12,0000	18,00	11,8667	3,06749
Faceta Autonomia	15	8,00	11,0000	13,00	11,2667	1,33452
Faceta atividades passadas, presentes e futuras	15	9,00	12,0000	17,00	12,2667	1,90738
Faceta Participação Social	15	9,00	13,0000	16,00	13,0000	1,92725
Faceta Morte e Morrer	15	4,00	13,0000	20,00	13,3333	4,11733
Faceta Intimidade	15	8,00	12,0000	17,00	12,0667	2,28244
Faceta Vida Familiar	15	10,00	13,0000	17,00	12,9333	2,12020
N válido	15					

O instrumento *WHOQOL-OLD*, tem por base conhecer a opinião dos idosos sobre a sua qualidade de vida, na medida em que tenta esmiuçar os aspetos que têm efetiva importância para si, enquanto adulto idoso e membro da sociedade.

A amostra deste estudo, foi constituída por 15 mulheres ( $N=15$ ). Este teste é constituído por 7 facetas e 28 itens de resposta, sendo que em cada o escore possível pode oscilar entre 4 a 20 valores, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos. A apresentação dos dados foi feita entre 4 (mínimo) a 20 valores (máximo).

No que diz respeito à faceta funcional sensorial, a mesma apresenta uma média de 11,86, que o valor máximo atingido situou-se nos 18 valores e o

mínimo nos 4 valores, sendo que o desvio padrão apresenta 3,06 indicando alguma variação, o que indica que existem dificuldades sensoriais que afetam a vida diária. A faceta de autonomia indica um valor mínimo de 8, mas em contrapartida é a faceta que apresenta a menor pontuação em relação às restantes, o que revela no geral que a amostra tem uma diminuta autonomia, tendo em desvio padrão muito reduzido (1,33), quando comparada com as outras dimensões, sendo que este valor revela que os idosos sentem que têm pouca autonomia para tomar as suas próprias decisões. As dimensões atividades passadas, presentes e futuras e participação social, apresentam índices muito aproximados, tendo o valor mínimo de resposta atingido os 9 pontos em ambos os casos e o máximo estando entre os 17 no domínio das atividades e entre os 16 no domínio da participação social, o que revela que mais de metade dos idosos apresenta nesse âmbito uma performance razoável tendo em conta a idade e a situação demencial que se encontram. No que respeita à faceta morte e morrer, esta apresenta uma resposta mínima de 4 valores, e apresentando um valor de 20 máximo com um desvio padrão de 4,11, o que sugere que os idosos em questão têm todos bastante medo de morrer, e têm consciência que estão no final da vida e esse medo em muitos casos começa a manifestar-se quando é referida a palavra “morte”.

Em relação à faceta intimidade, a maioria dos inquiridos indica que existe sentimento de companheirismo na sua vida e oportunidades para ser amado, tendo em conta a resposta mínima obtida de 8 pontos e a máxima de 17, revelando assim que apesar de estarem institucionalizadas consideram que existe amor nas suas vidas.

E por último a faceta da vida familiar, apresenta uma média de 12,933 de respostas o que sugere que os idosos inquiridos apresentam alguma satisfação com as suas relações familiares e com o apoio que recebem da mesma, verificando-se a resposta um mínimo de 10 e um máximo de resposta de 17, sendo que existe uma variação entre os valores de cerca de 2,12.



**Tabela 14 - WHOQOL –BREF**

Estatísticas Descritivas						
	N	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>Faceta Geral (Av. Qv)</b>	15	5,00	6,0000	9,00	6,1333	1,35576
<b>Domínio Físico</b>	15	16,00	20,0000	28,00	20,2667	2,96327
<b>Domínio Psicológico</b>	15	17,00	19,0000	25,00	19,3333	2,31969
<b>Domínio Relações Sociais</b>	15	7,00	9,0000	11,00	8,9333	1,43759
<b>Domínio Ambiente</b>	15	20,00	26,0000	30,00	25,7333	2,89005
<b>N válido</b>	15					

O instrumento *WHOQOL – BREF*, pretende caraterizar o nível de qualidade de vida de uma forma geral, bem como o bem-estar subjetivo e ou psicológico dos idosos institucionalizados. Este teste é constituído por 5 facetas e 26 itens.

Em relação à faceta geral, que avalia a qualidade de vida, os idosos alvos do estudo indicam que a sua qualidade de vida é má, uma vez que a média obtida é de 6,13%, este facto remete-se para a situação em que se encontram física como mentalmente debilitadas, uma vez que são idosos com a doença de Alzheimer identificada, dada as circunstâncias da demência em si, não têm uma boa perceção sobre o nível da mesma, verifica-se que o valor mínimo obtido foi de 5 pontos e o máximo de 9 pontos, tendo um desvio padrão de cerca de 1,355.

A faceta domínio físico, apresenta uma média de 20,27%, apesar de ser um valor abaixo do desejado mostra que apesar da demência e dos problemas de saúde próprios da idade, estes idosos consideram que ainda têm o mínimo de destreza física para realizar algumas tarefas por mais básicas que possam ser, tendo esta faceta uma variação de 2,96.

Em relação à faceta domínio psicológico (que avalia os aspetos positivos, e aspetos negativos, como desespero, depressão, ansiedade, mau), o mínimo e o máximo, revelam que alguns dos inquiridos consideram a sua qualidade de vida muito má a nível psicológico, uma vez que o mínimo é de 17,0 e o máximo

de 25,0. Apesar dos valores serem reduzidos a este nível, o resultado não é tão mau como esperado, uma vez que estas idosas sofrem da doença de Alzheimer e estão a viver uma doença que as afeta sobretudo a nível psicológico, levando-as a um esquecimento extremo de muitos acontecimentos presentes na sua vida, em que muitas destas idosas apresentam um índice depressivo e de ansiedade face à condição em que se encontram.

As relações sociais também apresentam uma média baixa, uma vez que o valor estimado é de 8,93%, o que revela uma “não satisfação” com as relações pessoais e sociais, em relação a amigos, conhecidos, família e colegas, este valor deve-se ao facto da maioria das idosas residentes na instituição apresentar diversas patologias físicas e psicológicas que as inibe de criar relações afetivas. Obviamente que existe a necessidade extrema destas idosas obterem um apoio especializado a nível psicológico e sócio emocional na instituição em que residem.

Por fim, o domínio ambiente, que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida do lar e do ambiente, bem como o sentimento de segurança física e proteção e qualidade dos serviços de transporte, verifica-se uma média de 25,73%, o que em comparação com os restantes domínios uma perceção minimamente superior. O valor máximo situa-se nos 30 e o mínimo nos 20, tendo em conta a situação depressiva e o estado demencial das utentes, as mesmas consideram que a instituição tem boas condições habitacionais, apesar de não se sentirem com saúde suficiente para usufruir das mesmas.

**Tabela 15** – Índice de *Barthel*

	Pontuação	Frequência	%
Independente	80-100	0	0%
Ligeiramente Dependente	60-79	0	0%
Moderadamente Dependente	40-59	0	0%
Severamente Dependente	20-39	8	53,3%
Totalmente Dependente	0-19	7	46,7%
Total	0-100	15	100%

Em relação ao índice de *Barthel*, este procurou caracterizar os idosos institucionalizados ao nível das características funcionais, de forma a avaliar as capacidades funcionais do sujeito para a realização das atividades básicas da vida diária.

Este teste avaliou 10 dimensões entre as quais, a alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação.

Em relação à dimensão da alimentação, o nível de independência é de 26,7%, o que indica que 4 idosos se conseguem alimentar sem auxílio de terceiros, por outro lado, cerca de 10 idosos necessitam de ajuda nessa tarefa.

No domínio de vestir, existem cerca de 3 inquiridos que são considerados independentes num total de 20%, com 66,7%, existem 10 pessoas que necessitam de ajuda nessa tarefa e 13,3%, ou seja 2 que necessitam de uma total ajuda nesse sentido. No item do banho, revela-se 11 idosos são dependentes com 73,3% e 26,7% independentes. No controlo vesical, existem 11 idosos que são incontinentes ocasionais 73,3% e apenas 26,7% independentes nesse âmbito. Em relação deambulação 20% dos idosos inquiridos são independentes nesse aspeto, cerca de 7 necessitam de ajuda e 13,3% num total de 3 são independentes com cadeira de rodas. Em relação à atividade de transferência da cama para a cadeira, existem de 13,3% que são dependentes, 20% independentes, 7 dos mesmos necessitam de ajudam mínima nessa função com 46,7% e apenas 20% necessita de grande ajuda.

De acordo com o quadro citado, cerca de 7 idosos encontram-se totalmente dependentes com um valor médio de 46,7%, este dado revela que estas idosas não tem independência para realizar quaisquer tarefas diárias, necessitando de auxílio para comer, vestir, tomar banho, fazer a sua higiene, usar a casa de banho, subir as escolas, transferência da cama para a cadeira e na deambulação, estas idosas necessitam de um cuidado e atenção redobrado uma vez que são totalmente dependentes na realização de qualquer tarefa diária, este facto está diretamente relacionado com a demência de Alzheimer, em que a sua evolução remete os doentes para uma menor destreza e agilidade física e mental, havendo assim uma regressão na condição física e psicológica do idoso. Em relação ao estado “severamente dependente”, este apresenta o nível de dependência com mais idosos representados, ou seja 53,3%, o que perfaz 8 idosos neste patamar, apesar de estarem condicionados em alguns aspetos, os idosos severamente dependentes conseguem ainda deter alguma agilidade no desempenho de determinadas tarefas, nomeadamente na alimentação, controlo intestinal e higiene corporal

## 7. Discussão dos Resultados

Da amostra de 15 residentes só foi possível realizar o questionário a pessoas idosas do sexo feminino sendo que a idade mais representada foi entre os 80 e os 85 anos.

A maior parte das inqueridas são viúvas e relativamente à escolaridade a maior parte é letrada mas e mais de metade concluíram a algum tipo de escolaridade. A profissão mais comum é a de trabalhadora rural. Todas as residentes na Mansão de S. José residiram sempre no Alentejo, sendo a localidade mais mencionada a Cabeça Gorda.

Por esta designação sociodemográfica pode-se conferir que estas senhoras tiveram uma vivência bastante comum à época no Alentejo em que o trabalho agrícola era um dos ofícios mais comuns por entre as populações e os percursos na escola eram bastante breves pelo facto de os jovens começarem a trabalhar em tenra idade. Um facto bastante animador é a idade média das inqueridas que se encontra entre os 80 e os 85 anos, algo que se pode considerar uma conquista medicinal e humana. Outro facto de relevância é o género representado nesta amostra ser apenas o feminino, o que poderá ser apenas coincidência pode também confirmar de certa forma algumas teorias que apontam que as mulheres têm maior longevidade que os homens.

Todas as inqueridas encontram-se institucionalizadas com saídas pontuais durante períodos de festa. A razão mais comum para a sua colocação num Lar é maioritariamente pelo isolamento a que estas senhoras ficam expostas se mantiverem nas suas casas. A iniciativa parte muito das próprias pessoas que reconhecem os perigos que o isolamento lhes poderá trazer. De salientar também que a maior parte recebe das senhoras recebe visitas, sendo o grupo mais representado o dos filhos, mas também são visitadas pontualmente por vizinhos.

Apesar de haver um suporte social forte ao redor destas senhoras, este poderá não ser suficiente para garantir o bem-estar das idosas o que levou a que optassem pela institucionalização para colmatar as necessidades mais prementes.

O teste *WHOQOL-OLD* demonstra que estas pessoas idosas sentem que têm um suporte emocional muito forte mas reconhecem que a sua vida está na sua última etapa e têm medo de como se irá desenrolar, além disso, o facto de não terem muita autonomia não lhes permite que possam desenvolver muitas atividades que lhes proporcionem algum tipo de entretenimento e que possa trazer algum tipo de animação nas suas vidas.

O segundo teste aplicado, o *WHOQOL –BREF*, revela em primeiro lugar que os idosos inquiridos não estão satisfeitos com a sua qualidade de vida, nomeadamente, por motivos da doença de Alzheimer com o qual foram diagnosticados. A doença afeta a capacidade mental das idosas e isso reflete-se nos resultados pouco promissores no domínio psicológico, no entanto, existe uma réstia de resistência por parte dos inquiridos ao nível do domínio físico em que as inquiridas revelam aptidão desempenhar pequenas tarefas. Ao nível do domínio social as utentes não estão satisfeitas com o ambiente que se vive com as restantes colegas, mas não é por falta de condições da instituição em si; segundo os resultados a maior causa de desânimo é a sua saúde debilitada o que as impede ou as desencoraja a aproveitarem melhor as condições que lhes são proporcionadas.

Verifica-se com estes resultados bastante desânimo por parte das utentes face à sua situação atual em que a sua saúde mental demonstra uma deterioração grave e isso afeta as suas relações sociais. Apesar disso, admitem ter alguma força física para desempenhar algumas tarefas mais básicas. Este poderia ser um ponto de partida para o desenvolvimento de um plano de atividades que pudesse preservar a mente e as relações das utentes. O último teste aplicado foi o índice de *Barthel* onde as inquiridas foram questionadas sobre a sua dependência ao nível de 10 domínios: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação. De modo geral verifica-se que a maior parte das inquiridas está severamente dependente em todas as áreas, nomeadamente ao nível do uso da casa de banho durante a higiene corporal.

Apesar de estarem institucionalizadas por vontade própria e de receberem visitas pontuais de conhecidos seus, a sua vida na instituição não é a melhor por não terem uma relação considerada positiva com outras utentes e

por desânimo da sua atual condição de saúde que lhes retira bastante autonomia conforme demonstram os dados do índice de *Barthel*. Apesar disso, as idosas demonstraram bastante resiliência face as adversidades, no entanto, deveria de haver um maior investimento e melhoria e preservação da sua condição de saúde. Tendo em conta os fatores mencionados foi elaborada uma proposta de projeto que engloba diversas atividades que estimulam os idosos com a doença de Alzheimer a nível cognitivo, sensorial e motor, para assim ser possível estas idosas terem uma melhor qualidade de vida tendo em conta a condição em que se encontram.

## Parte III – Projeto de Intervenção

### 8- Proposta de Projeto de Intervenção

De acordo com Guerra (2000), *“um projeto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas também é a expressão de uma necessidade, de uma situação que se pretende responder”* (Guerra, 2000:126). O projeto tem como denominação “ativa sénior”, e tem como objetivo colmatar as necessidades identificadas ao nível cognitivo, sensorial e motor, uma vez que todas estas idosas se encontram com a doença de Alzheimer considerou-se pertinente reunir um conjunto de exercícios de estimulação adaptados a este tipo de doentes.

#### 8.1. Objetivo Geral

Aumentar o nível de qualidade de vida dos idosos com doença de Alzheimer institucionalizados na *“Mansão de São José”*

#### 8.2. Objetivos Específicos

- Retardar os efeitos da doença de Alzheimer;
- Promover atividades que ocupem o quotidiano dos idosos;
- Sensibilizar os técnicos da instituição em realizar atividades adaptadas à doença de Alzheimer;
- Promover a interação social dos idosos institucionalizados;
- Adaptar estratégias que favoreçam os idosos a nível cognitivo, sensorial e motor



### 8.3. Recursos Necessários

**Tabela 16** – Recursos necessários

Recursos Materiais	Recursos Humanos
Mesas e cadeiras	Utentes do lar
Folhas, lápis, canetas, colas, tesouras, tintas, pincéis	Familiares dos utentes
Bolas, cordas, pinos	Funcionários da Instituição
Sala de Refeições da Instituição	Fisioterapeuta
Chá e bolos para os aniversários	Técnico de Desporto
Puzzles e jogos diversos	Técnica de Psicogerontologia

### 8.4. Atividades a Desenvolver

#### a) Jogos de estimulação Cognitiva

A doença de Alzheimer provoca uma deterioração nas capacidades cognitivas dos idosos, sendo que essas mesmas perdas podem ser atenuadas e ou retardadas com a aplicação de determinados exercícios que envolvam a memória dos doentes. Esta atividade seria dinamizada pela Técnica de Psicogerontologia, duas vezes por semana.

São exemplos desses exercícios, as sopas de letras; jogo das diferenças; labirintos; puzzles; jogos de unir os pontos, entre outros...

#### b) Oficinas Lúdico Recreativas

Esta iniciativa tem por base ocupar os idosos numa temática lúdico-recreativa, de forma a desenvolverem diversas atividades através de métodos e técnicas de expressão plástica. Esta atividade teria o apoio da Técnica de Psicogerontologia, duas vezes por semana.

São exemplos desses exercícios, a colagem, pintura, bordados, recorte, decoração.

### **c) Atividade Física e Motora**

Esta atividade tem como objetivo melhorar as competências a nível funcional dos utentes, para assim retardar efeitos progressivos da doença. Com a prática regular de atividade física os idosos melhorar a sua força, resistência muscular, aumentando a sua flexibilidade e coordenação motora. Esta atividade teria o apoio do técnico de Desporto da Instituição e da Fisioterapeuta, em que a realização da mesma seria duas vezes por semana. São exemplos desses exercícios: dança, marcha, jogo do “mata”, dinâmicas com bolas, cordas e outros objetos.

### **d) Comemoração dos aniversários**

Esta iniciativa decorrerá uma vez por mês na sala de refeições da instituição, e tem como propósito comemorar o aniversário dos idosos que completaram o seu aniversário naquele mês. Terá lugar uma festa com baile que juntará amigos e familiares dos aniversariantes de forma a manter os laços sociais e familiares e promover o convívio e a sociabilidade.

### **e) Caminhadas**

Esta atividade tem como objetivo proporcionar um momento semanal fora da instituição, de forma a poderem fazer uma breve caminhada nas zonas próximas da instituição, sempre acompanhados por técnicos e auxiliares da instituição

Estas caminhadas decorrerão uma vez por semana e deverão ter o tempo máximo de 30 minutos de forma a não cansar os idosos e a promover a sua componente física.

## 8.5. Calendarização das atividades

**Tabela 17** – Calendarização das atividades propostas

Atividades/Dias da Semana	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Jogos de estimulação cognitiva	x		x			
Oficinas Lúdico Recreativas		x		x		
Atividades Físicas e Motoras		x			x	
Caminhadas						x

## 8.6. Avaliação

A avaliação deste projeto será realizada no decorrer de cada atividade através dos métodos de observação direta para assim se poder constatar as melhorias na qualidade de vida dos idosos com a implementação destas iniciativas.

É necessário avaliar o projeto para assim perceber os aspetos a manter e quais os aspetos a melhorar na execução do mesmo para assim proporcionar uma melhoria das condições de vida destes idosos.

## Síntese Conclusiva

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar o nível de qualidade de vida dos idosos institucionalizados com a doença de Alzheimer, na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas “*Mansão de São José*” e compreender assim o impacto que a doença de Alzheimer provoca na qualidade de vida destes idosos. Para que este estudo fosse possível, foi selecionada uma amostra de 15 idosos institucionalizados, com idades compreendidas entre os 68 e 86 anos ou mais.

Não menos importante, o último ponto assente neste estudo incidiu sobre a proposta de um programa de promoção que vise melhorar a qualidade de vida do idoso institucionalizado com a doença de Alzheimer, neste sentido este programa tem por base promover a ativação do idoso institucionalizado, e a interação social do mesmo para assim retardar os efeitos da doença. Este projeto teve por base a falta de interação diagnosticada nestes idosos, bem como a falta de atividades que visem a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida na instituição, apesar da mesma ter uma boa estrutura carece de iniciativas adequadas a este tipo de idosos, uma vez que esta doença remete para a perda continuada das capacidades físicas e psíquicas destes doentes. Neste sentido, considerou-se necessário implementar estratégias adequadas que retardem os efeitos progressivos da doença e que para além melhorem o seu bem-estar e qualidade de vida.

Este estudo evidenciou as características a nível funcional, cognitivo e social destes idosos, sendo que foi pertinente para tal utilizar instrumentos de recolha de dados adequados à recolha da informação pretendida. Com base nos dados recolhidos e na discussão dos mesmos, foi possível verificar que a amostra de 15 idosos institucionalizados com a demência de Alzheimer se encontra com um défice negativo relativamente às dimensões estudadas, uma vez que se encontram numa condição que as inibe de realizar determinadas tarefas, bem como de se relacionarem com outras pessoas, privando-as assim de aproveitarem melhor as condições que a instituição lhes oferece.

Desta forma, é importante o desenvolvimento e a promoção de determinadas iniciativas que visem a melhoria das condições de vida destes

idosos para assim terem uma velhice adequada e com qualidade de vida e bem-estar social.

## Referências Bibliográficas

Albarelho, L., et. al., (1995). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Editora Gradiva

Almeida, et al., (2012). *Qualidade de vida. Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, in [http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf);

Argel, D & Marques, H. (sem data). *Quatro décadas de Beja uma busca das bruscas transformações 1950 – 1989*. Edição da Câmara Municipal de Beja

Associação Portuguesa de Familiares e amigos de Doentes de Alzheimer-APFADA. (2003). Alguns conselhos sobre a Doença de Alzheimer Associação.

Bandeira, M., et. al., (2012). Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa 1950-2011 – Evolução Perspetivas. Fundação Francisco Manuel dos Santos, in <file:///C:/Users/Alex/Downloads/dinamicas-demograficas-e-envelhecimento-da-pop.pdf>;

Cabral, M., Ferreira, P., (sem data). Envelhecimento Ativo em Portugal – trabalho, reforma, lazer e redes sociais. Fundação Manuel dos Santos;

Canavarro, M., et. al., (2005). WHOQOL-HIV disponível para Portugal: Desenvolvimento e aplicação de instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde na infeção VIH/SIDA.

Canela, D. (2007). *O processo de Envelhecimento*. Portal dos Psicólogos, in ["http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf"/artigos/textos/TL0097.pdf](http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf);

Carneiro, R., (2011) Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo na Terceira Idade, Revista Polêmica, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Volume 10,

nº 4, in <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/viewFile/2978/2125>;

Carneiro, R., et. al., (2011). O envelhecimento da População: Dependência, Avaliação e Qualidade. Centro de estudos dos povos e autores de expressão portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas.

Carvalho, M., (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Pactor. Lisboa;  
Direção Geral de Saúde. (2013). Portugal: Saúde Mental em Números. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, Setembro de 2013

Envelhecimento Ativo: *Uma Política de Saúde*. (2005). Brasília, in [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf);

Esteves, M., (2011). Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas).

Faria, C., (sem data). Representações Sociais da Velhice em contexto de prestação formal de cuidados;

Figueiredo, et al (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Revista de Saúde Pública nº 37, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf> ;

Fonseca, A. (2014), Envelhecimento Saúde e Doença. Coisas de Ler Edições, Lda;

Frade et al (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados” Revista de Enfermagem, Série IV, nº 4, jan./fev./mar. in <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a05.pdf> ;

França, L., et. al., (2010). Programas Intergeracionais quão relevantes eles podem ser para a sociedade Brasileira? Universidade Salgado de Oliveira. Rio de Janeiro;

Freck, M., et. al., (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". Revista de Saúde Pública, n.º34;

Gomes, S., (2007). Gerontologia e Psicossociologia do Envelhecimento: Intervenção Social na Terceira Idade. Universidade Fernando Pessoa;

Guerra, I. (2000). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção - O Planeamento em Ciências Sociais*. Estoril: Principia Editora;

Henriques, M. et. al., (2002). *Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan*. Revista Latino-Americana. Enfermagem. v. 10, nº6, in ["http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000600002"](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000600002);

Ingram, J., (2016). Envelhecer sem Esquecer. 1ª Edição; Clube do autor.

Inouye, K., et. al., (2010). Qualidade de vida do idoso com a doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador. Rev. Latino –Am;

Jacob, L., (2013). Animação de Idosos. 2ª Edição;

Kopiler, D., (1997). Atividade física na terceira idade. Revista Brasileira de Medicina no Esporte. V. 3, nº4. Rio de Janeiro, in [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86921997000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86921997000400004)

Livro Verde: *Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. (2005). Comissão das Comunidades Europeias. Bruxelas, in <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/87a24a7f9647f354eeee29eab84b7cff.pdf>;



Mansão de São José – Quinta da Navarra (2016). In, <http://mansaosaojose.blogspot.pt/>;

Mantovani, E. (sem data). *O Processo de Envelhecimento e a sua Relação com a Nutrição e a Atividade Física*, in [http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/diagnostico\\_vinhedo\\_cap\\_13.pdf](http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/diagnostico_vinhedo_cap_13.pdf);

Martins, R. (2012). *Envelhecimento, atividade física e saúde cardiovascular*, in <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23362/1/Envelhecimento,%20atividade%20f%C3%ADsica%20e%20sa%C3%BAde.pdf> ;

Martins, R. (sem data). *A relevância do Apoio Social na velhice*. Educação, ciência e tecnologia, in <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium31/9.pdf>;

Matos, M., (2013). *Serviço Social e Saúde Mental em contexto Hospitalar*. Instituto Universitário de Lisboa;

Mesquita, Z., (2013). *Institucionalização, Satisfação e Qualidade de Vida do Idoso*. Universidade do Algarve;

Neto & Corte-Real (2013). *A Pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social, Intervenção da Animação Sociocultural*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – Pólo de Chaves. Portugal, Disponível

Nunes, L., Menezes, O., (2014). *O bem-estar a qualidade de vida e a saúde dos idosos Caminho*. Alfragide;

Oliveira, J., (2012). *Psicologia do Idoso - Temas Complementares*. 2ª Edição: Livpsic, Porto;

OMS (2005). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental – Direitos Humanos e Legislação*;

Osório, R, et. al., (2007). *As pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*, Instituto Piaget –Horizontes Pedagógicos. Lisboa;

Paúl, C., Ribeiro, O., (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lidel. Lisboa;

Paúl, C., Ribeiro, O., (2012). *Manual de Gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lidel. Lisboa;

Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida*. Edições Almedina

Pera, L. (2012). *A avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidado informal de idosos dependentes*. Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde. Bragança, in <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8064/1/Relatorio%20de%20est%C3%A1gio%20-%20L%C3%ADdia%20Pera.pdf>;

Pereira, A., (2004). *Envelhecimento, stress e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica*. Cienc. Cog. Vol. 1. Rio de Janeiro;

Phaneut, M., (2010). *O envelhecimento Perturbado – A Doença de Alzheimer*. 2ª Edição. Lusodidata;

Pinto, M., et. al., (2009). *Qualidade de vida de cuidadores de idosos com a doença de Alzheimer*;

Ponte, M., Cunha, F., (2013). *Nível de atividade física na população idosa e seus benefícios: Uma revisão integrativa*. Sanare. V.12, n.º1, p.71-77;

Pordata – Base de dados de Portugal Contemporâneo, in <http://www.pordata.pt/>;

Quivy, R. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* Liboa: Gradiva;

Raupp, F. M., (sem data). *Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais*, in

[http://www.geocities.ws/cienciascontabeisfecea/estagio/Cap\\_3\\_Como\\_Elaborar.pdf](http://www.geocities.ws/cienciascontabeisfecea/estagio/Cap_3_Como_Elaborar.pdf);

Relatório Mundial da Saúde (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Ministério da Saúde, in [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)

Relatório Sobre a Saúde no Mundo (2001). *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova esperança*. Organização Pan Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde;

Rodrigues, A., (2012). *O medo de envelhecer e o papel do Gerontólogo*. Lisboa;

Rosa, M., (1993). *O desafio social do envelhecimento demográfico. Análise social*, vol. 122, pp. 697-999, in <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223291769P9jTF5la0Hq76JE3.pdf>;

Santos, G., (2008). *Grupos da terceira idade, interação e participação social. Psicologia e Práticas Sociais*. Rio de Janeiro;

Saturninho, A., et. al., (sem data). *Mente sã em corpo sénior - Uma nova perspetiva de cidadania activa*;

Schneider, R., Irigaray, T., (2008). *O Envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos em Psicologia*. Campinas;

Selmes, J., Selmes, M., (2000). *Viver com... A Doença de Alzheimer – guia Prático para cuidadores, familiares e todos os que estejam próximos de uma pessoa com a doença de Alzheimer*. 1ª Edição. Dinalivro;

Sequeira, C., (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel;

Serafim (sem data). Promoção do bem-estar global na população sénior – práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas

Silva, A. et. al., (2006). *Caraterísticas de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: Uma série de casos em um serviço de neurogeriatria*, in <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06>;

Silva, A., (2011). A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado. Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde. Porto;

Silva, C., (2012). O idoso e a Institucionalização. Ispa;

Silva, N., Gabriela, S., (2009). *Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, in <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1092/1/sarasilva.pdf> ;

Sousa, J. (2013). *Qualidade de vida do idoso - Um estudo de revisão*.

Teixeira, I., Neri, A., (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. Revista USP. São Paulo, in, [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-51772008000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772008000100010);

Teixeira, P., (2006). Envelhecimento Passo a Passo. O Portal dos Psicólogos;

Touchon, J., Portet, F., (2002). Guia Prático da Doença de Alzheimer. 1ª Edição. Climepsi Editores;  
Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências do Porto. Porto;

Vilar, M., et. al., (2015). WHOQOL-OLD – Inventário de Avaliação de Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde. Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria. Coimbra;

Zimmerman, G., (2000). *Velhice – Aspetos Biopsicossociais*. Porto Alegre Editora.

